

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ODONTOLOGIA EM SAÚDE
COLETIVA**

LOUISE PIETROBON

**PLANOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS RELAÇÕES ENTRE
AS OPERADORAS, PRESTADORES DE SERVIÇO E
BENEFICIÁRIOS SOB A VISÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA.**

Florianópolis – 2010

LOUISE PIETROBON

**PLANOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS RELAÇÕES ENTRE AS
OPERADORAS, PRESTADORES DE SERVIÇO E BENEFICIÁRIOS
SOB A VISÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA.**

**Tese apresentada ao programa de Pós-
Graduação em Odontologia, da
Universidade Federal de Santa
Catarina como requisito para a
obtenção do título de Doutor em
Odontologia - Área de Concentração:
Saúde Coletiva.**

**Orientador: Prof. Dr. João Carlos Caetano
Co-orientadora: Profa. Dra. Marta Lenise do Prado**

Florianópolis – 2010

**PLANOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS RELAÇÕES ENTRE
AS OPERADORAS, PRESTADORES DE SERVIÇO E
BENEFICIÁRIOS SOB A VISÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA.**

LOUISE PIETROBON

Esta Tese foi aprovada na sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia para obtenção do Título de **Doutor em Odontologia** - Área de Concentração: **Odontologia em Saúde Coletiva**

Prof. Dr. Ricardo de Souza Magini.

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Banca Examinadora:

Prof. Dr. João Carlos Caetano
Presidente

Profa. Dra. Márcia Grisotti
Membro

Profa. Dra. Marta Lenise do Prado
Membro

Prof. Dr. João Luiz Gurgel Calvet da Silveira
Membro

Prof. Dr. Luiz Carlos Machado Miguel
Membro

*“O especialista sabe muito bem o mínimo recanto do universo;
mas ignora radicalmente o restante [...]Antigamente podia-se
dividir os homens sábios e os ignorantes [...]mas o especialista não
pode ser incluído em nenhuma dessas categorias.*

*Não é sábio, pois ignora formalmente o que não faz parte da
sua especialidade; mas também não é ignorante porque é um ‘homem
da ciência’ e conhece muito bem sua pequena porção do universo.*

*Teríamos de chamá-lo de ‘sábio ignorante’, coisa extremamente
perigosa, pois significaria que é um sujeito que se comporta em todas
as questões que ignora, não como ignorante, mas com toda a
petulância de quem no seu âmbito especial é sábio.”*

(ORTEGA; GASSET, 1930, p.130)

Dedicatória

A Luiz, Maria Amélia, Evelise
minha família querida e inestimável
e Jhonny,
meu marido, amigo e companheiro,
presentes em todos os momentos,
garantia de apoio incondicional
e em qualquer circunstância.

AGRADECIMENTOS

Meu primeiro agradecimento é ao meu Orientador, **Prof. Dr João Carlos Caetano**, pois após desencontros, ter-me aceitado como orientanda sem pestanejar. Agradeço-lhe por: ser mestre, entender o meu processo de aprendizado e as minhas grandes dificuldades; fortalecer a minhas convicções e me fazer entender que posso fazê-lo; aceitar, sem nunca desacreditar da minha capacidade, a minha mudança de Estado; confiar e proporcionar uma experiência de trabalho insubstituível. Entretanto, acima de tudo, quero agradecer-lhe pela amizade, paciência, compreensão e apoio em todos os momentos deste doutorado.

À minha Co-orientadora **Dra. Marta Lenise do Prado**, por aceitar a tarefa de co-orientar, pela sua disponibilidade sempre e por ser essa maravilhosa mestre.

A minha amiga **Ana Saccol** que me acolheu em seu lar e em seu coração, transformando os momentos em que passamos juntos especiais, momentos de longas conversas, discussões acaloradas sobre pontos de vista tão opostos e tão iguais. Obrigada, amiga-irmã.

Às minhas colegas e amigas, **Luciana Batista e Cintia Magali da Silva** pelo apoio de todas as horas, pelas conversas (mesmo que por e-mail ou msn) e por nunca deixarem a minha fé abalar-se.

A todos os profissionais **cirurgiões-dentistas** que entenderam a importância da pesquisa, confiaram a mim suas vivências, ideias, opiniões e visões sobre a saúde suplementar e da profissão e que colaboraram com a pesquisa.

Aos Professores, **Dra Márcia Grisotti, Dra. Maria Cristina Calvo, Dr. Luiz Carlos Machado Miguel, Dr. João Luiz Gurgel Calvet da Silveira**, pela participação na Banca Examinadora desta Tese de Doutorado.

Às “meninas” e ao “menino” da **EFOS – Escola de Formação em Saúde** de Santa Catarina que proporcionaram um ambiente de trabalho rico em experiências e em diversidade.

A todos aqueles que, de uma maneira ou de outra, nos possibilitaram realizar mais um projeto profissional.

PIETROBON, Louise. Planos de saúde: uma análise das relações entre as operadoras, prestadores de serviço e beneficiários sob a visão do cirurgião-dentista. 2010. 141 f. Tese (Doutorado em Odontologia – Área de Concentração em Odontologia em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

A promulgação da Constituição de 1988 e, através dessa, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) significou mudanças e uma melhoria na atenção à saúde da população. Por outro lado, o SUS não conseguiu suprir todas as necessidades de atenção à saúde dos indivíduos ocasionando, concomitantemente com a expansão e implementação do novo sistema de saúde público, um crescimento do sistema de saúde suplementar. O setor de planos privados de assistência à saúde envolve mais de 50 milhões de vínculos de beneficiários, dos quais aproximadamente 75% a planos de assistência médica com ou sem odontologia e 25% a planos exclusivamente odontológicos; quase duas mil empresas operadoras; e milhares de prestadores de serviços – entre médicos, dentistas e outros profissionais de saúde - em hospitais, laboratórios, clínicas e consultórios. Da mesma forma, houve um crescimento das cooperativas de trabalho e o recente crescimento do processo de organização dos médicos, dentistas e outros profissionais como pessoas jurídicas, bem como das novas formas de autonomia integrada. Por se tratar de um assunto emergente, esta pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de compreender como a inserção no setor de saúde suplementar interfere na prática profissional do cirurgião-dentista sob a sua ótica. Para isso, foi necessário um longo e persistente processo de observação e elaboração de um marco teórico que colaborou para a construção da pesquisa qualitativa. Esta foi fundamentada na análise de conteúdo proposta por Bardin (1979) que se permite a compreensão dos significados da fala tentando ultrapassar a descrição simples resultando em uma interpretação mais profunda. Os participantes da pesquisa foram onze cirurgiões-dentistas do município de Itajaí no Estado de Santa Catarina, cadastrados como prestadores de serviço a uma operadora de plano de saúde odontológico atuante no Estado. Após transcrição das entrevistas, realizou-se a análise e partindo dessa formou-se três eixos temáticos e treze categorias que possuíam características similares. Verifica-se que ao refletir sobre o trabalho odontológico, deve-se resgatar como uma categoria profissional em crise, que insiste numa prática liberal de trabalho, pois possui uma natureza autônoma. Por outro lado, defronta-se com uma realidade

diversa da sua utopia, na qual as operadoras de planos de saúde odontológicos têm interferido efetivamente nos primórdios do imaginário profissional e produzem, assim, mudanças nas formas de organização, gestão e orientação do trabalho do cirurgião-dentista. Constatou-se, ainda, que a cobertura dos serviços do setor de saúde suplementar está aquém das reais demandas por abrangerem apenas, prioritariamente, os serviços médico-hospitalares, não contemplando a assistência integral a saúde. Ressalta-se ainda a necessidade de investimento social no sentido de melhorar e adaptar o SUS e a assistência privada à saúde às constantes transformações da sociedade brasileira. Reforça-se, ainda, que o modelo desejável é aquele que melhor responda com dignidade, eficácia e eficiência de forma acessível a todos que necessitem. Em um país em que seu sistema de saúde oferece saúde a todos, a proporção de planos e seguros de saúde deveria ser residual. Deveria estar presente como complementar e, mesmo assim, cada vez menos complementar. E para que isso aconteça é necessário um sistema de saúde bem regulamentado e regulado para que assim o SUS possua toda a estrutura e investimento necessário e realize seu propósito.

Palavras Chave: saúde suplementar, odontologia, planos de saúde odontológicos, serviços odontológicos, sistema de saúde.

PIETROBON, Louise. Health Plans: an analyzis of the relationship among the insurance companies, services providers, and the beneficiaries, all of which under the view of the surgeon-dentist. 2010. 141 f. Thesis (Doctorate in Odontology – Focus in Odontology in the Collective Health) – Post-Graduation in Odontology, Santa Catarina Federal University, Florianópolis, 2010.

The promulgation of the 1988 Brazilian Constitution, and, through it, the creation of the Unified Health System (SUS) meant relevant changes, as well as an improvement of the public health services offered to the population. On the other hand, this Unified System (SUS) wasn't able to supply all of the needs for all the individuals, which was caused along with the expansion and implementation of the new public health system, a significant growth of the supplementary health insurance. The sector of the private health plans involves more than 50 million beneficiaries, out of which approximately 75% are health plans, including or not dentistry, and 25% of the plans are exclusively dental care; supplemental system is made up of almost two thousand operating companies – in hospitals, labs, clinics and offices. In the same way, there was a large growth of labor cooperatives, and the recent growth of doctors, dentists, and other professionals joining some sort of organization process, as well as the new form of cooperatives. Due to the fact that this is an emerging subject, this research was developed as to understand how the insertion in the supplementary health sector interferes in the professional daily routine of the surgeon-dentist, according to their understanding. For such, it was necessary a long and persistent observation process, and an elaboration of a theoretical milestone which contributed to the construction of the qualitative research. The later was based in the analysis of the content suggested by Bardin (1979) which allows itself the comprehension of the speech trying to surpass the simple description, resulting in a deeper interpretation. The participants of the research were eleven surgeon-dentists from the county of Itajai in the State of Santa Catarina, enrolled as services providers to a very influent odontologic health insurance operating company, located in that State. After the transcription of the interviews, the analysis was initiated, and from this parting point, three thematic axis and thirteen categories which possessed similar features have been formed. By thinking about dentistry work, it is needed to think about it as a professional category in crisis, which is intrinsically a liberal means of work, because this profession possesses an autonomous nature. On the other hand, this profession encounters itself

with a diverse reality of its own utopy, in which the odontologic health plan operating companies have effectively interfered in the roots of the professional imaginary, and make, so to speak, changes in the organization forms, management and orientation of the work of the surgeon-dentist. It has also been seen, that the coverage of the services of the supplementary health sector is far beyond the real demands, because they only concern, prioritarily, medical-hospital assistance, therefore not covering holistic health assistance. Social investments are extremely necessary in the sense of upgrading and adapting the public and private health assistance to the ever-changing Brazilian society. It is important to reinforce, therefore, that the desired model is that one which best responds with dignity, efficiency, and that it be accessible to everyone who needs it. In a country where its health system makes sure everyone has access to public health, the proportion of the plans and health insurance should be residual, that is, it should be present as complementary, and, at the same time it should be less complementary. As for this to happen, it is necessary that the health system be well regulated so that SUS may own all the needed structure and investment, so it will accomplish its role, to which it exists.

Key words: supplementary health, odontology, dentistry, odontologic health plan, odontologic services, health system

SUMÁRIO

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3 ELEMENTOS DO MARCO TEÓRICO.....	25
3.1 A DINÂMICA DO MERCADO DE TRABALHO NO SETOR SAÚDE.....	25
3.2 O SISTEMA DE SAÚDE NO MUNDO.....	30
3.3 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	39
3.4 O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	42
3.4.1 A regulamentação.....	42
3.4.2 A Classificação das Modalidades Assistenciais	45
3.4.3 A Regulação	50
3.4.4 O papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar.....	52
3.4.5 A situação atual do mercado	56
3.4.6 A Cobertura	60
3.4.7 As diferenças entre a assistência e os planos médicos e odontológicos.....	63
3.4.8 A assistência, planos odontológicos e mercado de trabalho na odontologia	66
3.5 ASPECTOS HISTÓRICOS E SOCIOLÓGICOS DA ODONTOLOGIA.....	76
3.5.1 Aspectos Sociológicos da Profissão	81
3.5.2 A prática odontológica e a questão da autonomia	87
4.1 FUNDAMENTANDO O TRABALHO DE CAMPO	89
4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	91
4.2.1. Caracterização do tipo de plano de saúde odontológico:	92
4.2.2. Caracterizando o Município de Itajaí/Santa Catarina	95
4.3 A COLETA DE DADOS.....	97
4.4 O REGISTRO, A ORGANIZAÇÃO E A ANÁLISE DOS DADOS	98
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	100
5 A VISÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA SOBRE OS PLANOS DE SAÚDE ODONTOLÓGICOS	101
5.1 A SAÚDE COMO MERCADORIA	102
5.1.1 O atendimento independe da forma de pagamento	102
5.1.2 O plano de saúde odontológico aumenta o fluxo de pacientes	103
5.1.3 O plano de saúde odontológico garante salário fixo.....	105

5.1.4	<i>A satisfação com o plano está relacionada diretamente com os ganhos financeiros</i>	106
5.1.5	<i>Exigências burocráticas dos planos de saúde odontológicos visam a garantir o lucro das operadoras</i>	107
5.1.6	<i>O exercício profissional em um serviço público é percebido como segurança financeira</i>	108
5.2	A ODONTOLOGIA COMO PROFISSÃO LIBERAL	108
5.2.1	<i>O plano de saúde é uma ponte para a prática liberal</i>	108
5.2.2	<i>O plano de saúde como uma estratégia para o alcance do status profissional desejado</i>	109
5.2.3	<i>A saturação do mercado de trabalho da Odontologia</i>	110
5.2.4	<i>O desejo de desligar-se do plano de saúde odontológico</i>	111
5.3	O PAPEL SOCIAL DA PROFISSÃO	112
5.3.1	<i>O plano é uma forma de acesso ao atendimento odontológico para a população</i>	112
5.3.2	<i>O serviço público é um espaço de expressão do papel social da Odontologia</i>	113
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	115
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
	REFERENCIAS	127
	APÊNDICES	139
	ANEXOS	141

Listas de Abreviaturas, Siglas e Símbolos

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
SUS	Sistema Único de Saúde
SNS-RU	Sistema Nacional de Saúde Reino Unido
SAMS	Sistema de Atenção Médica Supletiva
ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRASPE	Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas
CIEFAS	Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência a Saúde
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada da ANS
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões

Listas de Figuras

Figura 1: Porcentagem da população com planos de saúde privado, 2000	25
Figura 2: Países com maior despesa com planos de saúde privados, 2000	26
Figura 3: A regulação da ANS	49

Lista de Tabelas

Tabela 1: Número de habitantes, beneficiários, operadoras de planos de saúde do Brasil e sua variação percentual, 2000-2009	55
Tabela 2: Número de habitantes, beneficiários, operadoras de planos de saúde exclusivamente odontológicos do Brasil e sua variação percentual, 2000-2009	61
Tabela 3: Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial e modalidade de operadora, Brasil, 2000-2009	63
Tabela 4: Total de Beneficiários de planos de saúde da Região Sul, Estado de Santa Catarina, beneficiários de planos exclusivamente odontológicos e sua variação percentual, 2003-2009	69

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por município	64
Gráfico 2: Relação do tipo de operadora e sua porcentagem de beneficiários de planos de saúde exclusivamente odontológicos	62

Lista de Mapas

Mapa 1: Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por município	64
Mapa 2: Taxa de cobertura dos planos exclusivamente odontológicos por município, Brasil, setembro, 2009	65
Mapa 3: Localização do município de Itajaí – SC	89
Mapa 4: Área do município de Itajaí	90

Lista de Quadros

Quadro 1: Caracterização do fenômeno da profissionalização segundo os autores Greenwood, Moore e Wilensky	77
Quadro 2: Exemplo de transcrição e codificação utilizada nas entrevistas	93

1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil possuindo como princípios doutrinários e organizativos: universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade (exercido através do controle social), descentralização político-administrativa, hierarquização e regionalização; significou mudanças e uma melhoria na atenção à saúde da população (VIEIRA, 2007).

Por outro lado, o SUS não conseguiu suprir todas as necessidades de atenção à saúde dos indivíduos ocasionando, concomitantemente com a expansão e implementação do novo sistema de saúde público, um crescimento do sistema de saúde suplementar (VIEIRA, 2007, ANS 2009c).

A Odontologia, também, nas últimas três décadas, sofreu intensas transformações e evolução devida, principalmente, aos avanços tecnológicos e científicos. Conjuntamente com estas, estão as mudanças ocorridas no mercado de trabalho em Odontologia (REIBNITZ JÚNIOR, 2008).

De acordo com Zanetti (1999), a odontologia passou a observar de maneira mais intensa as regras de mercado. Narvai (2002) define como odontologia de mercado como a prática centrada no indivíduo doente realizada num ambiente clínico pelo cirurgião-dentista.

E esta odontologia de mercado ainda é o maior prestador de serviços odontológicos no Brasil, entretanto, observa-se uma expansão gradativa e constante das modalidades de saúde suplementar odontológicas enquanto há uma estagnação ou pequeno incremento no setor privado autônomo (ANS, 2009c).

O segmento odontológico dos planos privados de saúde é um mercado com crescimento relevante na última década, entretanto, existe uma grande possibilidade de ampliação. Há uma diferença significativa entre o número de beneficiários de planos de assistência médica com ou sem odontologia (53 milhões) e os de planos exclusivamente odontológicos (13 milhões) (idem).

No momento em que se propôs estudar a Saúde Suplementar no Brasil e, mais especificamente, o setor da Odontologia sob a visão do cirurgião-dentista buscava-se conhecer melhor o universo interiorizado de cada cirurgião-dentista e oportunizar um espaço para que ele pudesse expressar suas opiniões.

Depara-se com um setor em plena expansão, com muitas nuances e com uma classe profissional ainda arraigada aos primórdios de sua concepção.

Para que se pudesse vislumbrar todo o processo de pensar e expressar destes profissionais, foi necessária a observação e pesquisa de diversos assuntos, sendo um processo longo e persistente para a construção do Capítulo que se intitulou de Elementos do Marco Teórico.

Este constitui na parte quantitativa da pesquisa, e os demais capítulos focam a parte qualitativa, ou seja, a apropriação das falas dos entrevistados e sua relação com a base teórica.

Inicia-se com o referencial sobre a dinâmica do mercado de trabalho no setor de saúde, partindo do pressuposto básico de que, como qualquer mercado, este setor depende das condições econômicas e estruturais do país e do mundo. A partir da década de 1970, diversos autores têm demonstrado uma tendência do mercado de trabalho na área de saúde de: assalariamento, prolongamento da jornada de trabalho, atuação em diversos empregos, feminilização e tendência na participação das empresas de grupos profissionais no setor saúde (MÉDICI, 1997; MACHADO, 1997; MACHADO, BELISÁRIO, 2000).

Por outro lado, a imagem de prática do cirurgião-dentista continua sendo a de um profissional liberal autônomo apesar de esta prática já estar sofrendo modificações no mercado de trabalho. A corporação odontológica apresenta uma resistência ao assalariamento, entretanto, sem “dar-se conta de que esta dinâmica tendencial independe da decisão individual” (MATOS, 2005. p. 16)

O Sistema de Saúde Suplementar é posteriormente discutido e analisado detalhadamente. Inicialmente buscou-se caracterizar a saúde suplementar em alguns países do mundo. Essa caracterização aleatória de países como, Estados Unidos, França e Cuba, visou a proporcionar um panorama variado que proporcionasse subsídios para análise e comparação com o sistema brasileiro.

Caracterizou-se, com mais profundidade, o sistema de saúde no Brasil com ênfase na sua regulamentação, composição e regulação do setor de saúde suplementar, bem como, o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar como agente integrante destes processos.

A existência e interferência dos setores público e privado no Sistema de Saúde Brasileiro é demonstrada, entretanto a ênfase está no sistema privado. Este sistema privado é definido no Brasil como Saúde Suplementar devido ao seu caráter de oferta de coberturas facultativas para bens e serviços não cobertos pelo sistema principal (SUS), ou ainda, agiliza o acesso a esses serviços podendo duplicar a cobertura do sistema principal (SUS) (CECHIN, 2008).

A análise da composição do mercado de saúde suplementar e a cobertura dos planos de saúde no Brasil, as diferenças marcantes entre

os planos médicos e os odontológicos fez o tópico seguinte para que o leitor conseguisse processar as nuances existentes da odontologia no setor de saúde suplementar.

As diferenças primordiais entre a odontologia e a medicina estão na previsibilidade de ocorrência de doenças, custo do diagnóstico e a possibilidade mensurável de prevenção das doenças bucais. Por outro lado, há a necessidade de se valorizar o espaço de trabalho do dentista, a boca, como parte do paciente como um todo (COVRE; ALVES, 2002)

Os aspectos sociológicos e históricos da Prática Odontológica como subcapítulo seguinte traz o início da prática da odontologia como reflexo da prática médica, bem como, um breve histórico da odontologia em que se discute a influência do Relatório Flexner e Gies sobre a Odontologia brasileira conferindo a ela um caráter mecanicista e biologicista orientada principalmente para a cura.

Seguindo a lógica, precisou-se entender o processo de profissionalização da odontologia, para isso foi necessário entrar na discussão da Sociologia da profissão. Neste momento, fugindo do arcabouço teórico cotidiano, trouxemos autores como Machado (1995), Ponte (1999) e o clássico Freidson (2009).

Visitando a sociologia e as suas discussões foi inevitável a questão da autonomia na pauta da tese. Esse tópico mostrou peça central nas discussões sobre a visão do cirurgião-dentista e sua profissão. O conceito de autonomia está intimamente ligado à forma com que a Odontologia é ensinada e como é vista e interiorizada tanto pelos profissionais que a exercem quanto pela própria sociedade que dela necessita.

Esta autonomia é expressa, na profissão odontológica, na livre escolha, desde a relação com os pacientes, procedimentos diagnósticos e escolhas de tratamento como nos valores e formas de pagamento (FREITAS, 2004).

O capítulo seguinte, denominado de Percurso Metodológico, traz os fundamentos básicos que acompanham o trabalho de pesquisa, caracterizando a pesquisa do tipo qualitativa, os participantes do estudo e os métodos de coleta de dados, registro, organização e análise dos dados.

A pesquisa é baseada na análise de conteúdo em que se buscou a análise “das falas por trás da fala” e, nesse sentido, houve a necessidade de caracterizar o tipo de plano de saúde escolhido, bem como o seu modelo. A caracterização do município da pesquisa orienta para as particularidades da região.

Para apresentar os resultados, construiu-se um capítulo sob o título de A visão do cirurgião-dentista sobre os planos de saúde odontológicos.

Os resultados encontrados foram categorias que demonstram que os cirurgiões dentistas observam os planos de saúde odontológicos interferindo em sua prática de três diferentes formas.

Após a apresentação destes resultados, discutiu-se confrontando com teóricos do assunto visando à questão da profissão como prática elitizada até a década de 1980 e, a dificuldade dos profissionais inseridos no mercado se desvincularem do imaginário profissional de prática liberal e autônoma.

Por fim, tem-se o capítulo de considerações finais, que busca nada mais que um incentivo a mais discussões a respeito do assunto: saúde suplementar e segmento odontológico.

2 OBJETIVO GERAL

Compreender como a inserção no setor de saúde suplementar interfere na prática profissional do cirurgião-dentista sob a sua ótica.

2.1 Objetivos Específicos

Identificar a motivação do cirurgião-dentista para atuar em planos de saúde odontológicos.

Identificar as dificuldades e/ou facilidades do cirurgião-dentista com o uso de planos de saúde na sua prática no consultório odontológico.

Analisar as relações existentes entre as operadoras, os prestadores de serviço e os beneficiários sob a visão do cirurgião-dentista.

3 ELEMENTOS DO MARCO TEÓRICO

3.1 A dinâmica do mercado de trabalho no setor saúde

O mercado de trabalho em saúde é parte do mercado de trabalho em geral e depende das conjunturas estruturais e econômicas do país. Essa afirmação, apesar de parecer óbvia, entretanto, só se tornou possível com o crescimento e a criação de empresas do setor saúde e a participação do Estado fazendo com que médicos e demais profissionais da saúde adotassem comportamentos semelhantes aos demais setores da economia (NOGUEIRA, 1986), porém a Odontologia ainda apresenta vieses em relação a esse comportamento.

A discussão sobre a situação do mercado de trabalho no setor saúde é matéria recorrente em diversos estudos já realizados sobre o assunto, principalmente na área médica a partir da década de 1970. Diversos autores, como Paim, Médici, Machado, entre outros, enfatizaram que, no Brasil, as tendências do setor de saúde são o assalariamento, prolongamento da jornada de trabalho, atuação em diversos empregos, feminilização e sinalizaram também a tendência a participação em empresas de medicinas de grupo (MACHADO et al, 1997; MACHADO, BELISÁRIO, 2000).

Confirmando observação anterior, a dinâmica do mercado de trabalho em saúde sofreu alterações nas últimas décadas com as mudanças sócio-econômicas ocorridas no Brasil e, segundo Maria Helena Machado (1997, p.87), *“o mercado de trabalho em saúde, com ênfase no setor público, representa uma alternativa importante para a absorção da mão de obra excedente de outros setores da economia”*.

Essa abertura de mercado de trabalho na área da saúde pôde ser observada na década de 1980, momento em que a conjuntura política é favorecida pela intensa articulação em torno da reforma do sistema público de saúde, caracterizando-se como uma grande prioridade político-social, com envolvimento de uma grande parcela da sociedade brasileira e de seus órgãos representativos (SILVA, 2003).

É neste período que a Constituição Federal Brasileira de 1988 define a saúde como direito de todos e dever do Estado, atribuindo a relevância pública das políticas, ações e serviço de saúde, bem como, estabeleceu princípios de equidade, integralidade e universalidade, reconhecendo, também, a livre atuação da iniciativa privada (BRASIL, 2007; SCHEFFER, 2006; SALAZA et all 2005).

O SUS – Sistema Único de Saúde – emerge, nesse período pós 1980, guardando intimas relações com a crise econômica e pelo processo de democratização dessa época, entretanto, a efetivação do SUS esteve envolvida em diversos problemas como o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para os três poderes governamentais; as formas de articulação público-privada; e a resistência do antigo modelo assistencial, baseado na doença e em ações curativas individuais (VIANA, 2000).

Apesar desses diversos problemas decorrentes das mudanças socioeconômicas, universalização do acesso a descentralização política adotada pelo SUS auxiliou na ampliação de empregos públicos em saúde. Esta expansão foi devido, principalmente, ao processo de municipalização e medidas governamentais adotadas nas áreas de saúde coletiva e assistência médica (MACHADO, 1997; MACHADO, BELISÁRIO, 2000).

Outras configurações expressivas e controvertidas do mercado de trabalho em saúde ao longo das décadas de 1980 e 1990 foram: o crescimento do mercado de trabalho da saúde médica supletiva que, nesse momento, estava com os planos e seguros privados de saúde, principalmente os coletivos já consolidados; a reforma do sistema de saúde previdenciário estava em andamento devido à implantação do Sistema Único de Saúde, conforme a Constituição Federal (PINA, 2005); a expansão dos negócios e da ocupação informal do setor saúde; e a precarização das relações laborais no interior dos mercados formais (GIRARDI, CARVALHO, 2004).

Da mesma forma, houve um crescimento das cooperativas de trabalho e o recente crescimento do processo de organização dos médicos e outros profissionais como pessoas jurídicas, bem como das novas formas da autonomia integrada, predominantemente em médicos, mas não somente a eles (GIRARDI, 2001).

Ao analisar as formas de inserção dos profissionais de saúde no mercado de trabalho, observa-se que há uma dificuldade por se tratar de um mercado de prestação de serviços complexo e de difícil compreensão e, portanto é praticamente impossível realizar a análise de tipos puros de trabalho (assalariamento ou liberal) pois estes não mais definem como únicos os tipos de trabalho sob a investigação da sociologia da saúde (MACHADO, 1997).

Donnangelo (1975, p.80) descreve as formas puras de participação no mercado de trabalho como sendo três: 1) trabalho liberal, 2) assalariamento e 3) proprietário.

O trabalho liberal é aquele em que o padrão se caracteriza pela *“clientela própria, canalizada através de processos informais, com a qual estabelecem diretamente as condições de tratamento e de remuneração do trabalho; instrumentos de trabalhos próprios [...] O consultório isolado constitui [...] o principal centro da atividade.”* (Donnangelo (1975, p.80))

O assalariamento, entretanto constitui-se exatamente ao oposto de inserção no mercado de trabalho, ou seja, *“ausência de clientela e de condições materiais de trabalho próprias acarretando a venda da força de trabalho em troca de salário”*, um exemplo deste tipo de trabalho é um dentista inserido como concursado do Sistema Único de Saúde.

A terceira forma pura de inserção no mercado de trabalho é o proprietário, que, segundo Donnangelo (1975, p. 81), sua caracterização deveria ser precedida pelo da empresa e de empresário. E está intimamente relacionada e dependente do setor público, por outro lado, a sua característica fundamental é *“que sua fonte de renda não se reduz à atividade profissional, embora variem consideravelmente no interior da categoria as proporções das duas formas de renda, assim como o seu montante absoluto”*.

Quando essas três modalidades puras encontram-se combinadas no mercado, consiste na manutenção pelo profissional de uma área de autonomia típica, associada a um ou mais empregos (DONNANGELO, 1975)

Cohn e Donnangelo (1982, p. 66), reinterpretem e descrevem, a categoria autonomia típica de Donnangelo (1975), como autônomo e o caracterizam *“considerados intermediários ou transacionais entre o liberal e o assalariado, na medida em que envolvem um controle parcial dos meios de trabalho ou da clientela”* neste caso, o relacionamento dos profissionais com a clientela e com as instituições de trabalho não é idêntico e coloca-o em uma condição de categoria a parte dos demais.

Também existem outras definições específicas da área da saúde, uma delas é a proposta por Pinto (2000), que descreve a existência de três sistemas básicos, ou tipos de prestação de serviços, das atividades odontológicas, médicas e das demais profissões que compõem o setor saúde: liberal ou privado, público ou direto, e indireto ou privatizado.

Na prática liberal ou privada pura, profissional e paciente definem sem intermediários o tratamento a ser feito, o preço a ser cobrado e a modalidade de pagamento. Essa modalidade de preferência do cirurgião-dentista, pois lhe fornece liberdade de exercício da profissão, ou seja, condições ideais de trabalho e remuneração.

O modelo público ou direto tem como característica a prestação de serviço por unidades pertencentes ao setor público sem custo direto, em bases universais, ou a grupos considerados prioritários visando sempre a interrelacionar serviços educativos, preventivos e curativos.

A prestação indireta ou privatizada tem por essência a intermediação de um terceiro entre o profissional da saúde e o paciente. Essa intermediação pode ser a Previdência Social ou alguma outra agência pública, ou uma empresa privada que assume as responsabilidades administrativas e riscos financeiros, captando recursos e remunerando serviços.

Na configuração política de saúde no Brasil o tema da privatização é recorrente, principalmente após os anos 1960, mas centrados, principalmente, nas relações entre hospitais privados e Previdência Social (ANDREAZZI, 2002). O conceito continua sendo aplicado amplamente a processos distintos mesmo após a ocorrência de muitas mudanças, entretanto, não impediu os esforços realizados na década de 1990 para melhor caracterizar descritivamente os segmentos do setor privado, como os hospitais privados (COTTA et al., 1998) planos e seguros de saúde (ANDREAZZI, 1991; ALMEIDA, 1998; BAHIA, 1999) e cooperativas médicas (DUARTE, 2001) contribuindo na configuração atual do mercado de trabalho da área da saúde.

Na década de 1990, a política brasileira de saúde estava pontuada entre a concepção universalizante e as tendências neoliberais que concretizavam práticas caracterizadas pela exclusão social e pela redução de verbas públicas (MALTA, 2001). Assim, as insuficiências do SUS são associadas à expansão da assistência médica suplementar evocando os avanços das políticas de corte neoliberal (BAHIA, 2001).

O setor privado da saúde não foi priorizado, à princípio, pelo Estado, pelas mais diversas razões, sendo que a mais provável é a de que o poder público tenha considerado que a fatia da sociedade brasileira com cobertura assistencial através de planos de saúde privados fosse composta de pessoas abastadas, e que poderiam dispensar a proteção do Estado. Entretanto, há que se considerar que quanto maior fossem os recursos desse setor, financiados fundamentalmente pelas empresas e também diretamente pela própria sociedade, mais recursos sobriariam para a população carente e desassistida pelo setor público. Ou então, prevalecido e reservado à interpretação de quanto maior o crescimento do setor de saúde suplementar, menor a necessidade de recursos públicos para o segmento de saúde do Brasil (SILVA, 2003).

Por outro lado, segundo Mendes (2001), apesar de os serviços de saúde segmentados serem justificados dessa forma, as evidências

mostram que este suposto é falso, e o que ocorre é o inverso. Ou seja, quando se segmenta para criar um sistema para os pobres, esse tende a ser subfinanciado e acaba por oferecer serviços de menor qualidade. Assim, ainda segundo o autor, os sistemas segmentados de saúde penalizam o pobre e/ou fazem os indivíduos gastarem duas vezes com a assistência à saúde.

Os baixos investimentos em saúde com consequente queda da qualidade dos serviços ocasionaram uma migração gradual dos setores da classe média para os planos e seguros de saúde (MALTA, 2001). O crescimento das alternativas particulares, corporativas, por um lado, desafia a construção de um sistema de proteção social universal e redistributivo; por outro, evidencia perspectivas para a regulação de uma segmentação já consolidada (BAHIA, 2001).

Segundo Bahia (2001), os planos privados de saúde representam, ainda, uma alternativa de transferência de riscos para instituições privadas e não somente uma opção individual/familiar de consumo. Ou, em outros termos, um processo de “externalização” dos custos sociais consubstanciado em instituições, regras e normas de funcionamento, mediado necessariamente por unidades coletivas e legitimado por políticas públicas, sejam estas de regulamentação ou de renúncia à intervenção.

Estima-se, também, que 70% dos serviços odontológicos produzidos no Brasil continuam sendo financiados em âmbito privado. E os investimentos existentes em políticas públicas na área odontológica situam-se em ações quase exclusivamente ao controle de dores e infecções ou em ações preventivas em crianças e adolescentes, quase que na totalidade, em escolares. A omissão do Estado e a negação da saúde bucal, durante décadas, como dever do Estado e direito do cidadão, abriu espaço para a expansão dos planos de saúde odontológicos (NARVAI, 2007).

Estudos sobre os planos privados de saúde se contrapõem especificamente à noção da separação entre mercado e Estado, ao observarem os diferentes ângulos da assistência médica suplementar. Partindo destas observações, Cohn (1998) e Dain (1999) cunharam as expressões “mercado artificialmente expandido” e “desmercadorização do mercado”, para sublinhar a estrutural e extensa interface entre público-privado dos subsídios governamentais envolvidos com o financiamento dos planos privados de saúde.

O crescimento dos planos e seguros odontológicos no Brasil inicia-se a partir do sancionamento da Lei 9.656, promulgada em junho de 1998, e da Resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar

número 9, e ocorre devido, principalmente, pelo desenvolvimento e fortalecimento das empresas que conseguiram adaptar-se às novas exigências legais e que mantiveram preços competitivos (SEKULIC, 2003).

A lei 9.656/98, inicialmente, inclui procedimentos básicos destinados à prevenção e manutenção da saúde bucal. Entretanto, a Medida Provisória nº 1.976-33, em novembro de 2000, revogou inciso VIII do artigo 10 da Lei 9.656/98 e os procedimentos odontológicos foram excluídos do plano de referência. A partir desse momento, a oferta de planos com segmentação odontológica passou a ser opcional às operadoras.

Por outro lado, Gama et al (2002) completa que o SUS preconiza a hierarquização da rede de serviços, ordenando-a pela complexidade de suas ações e o foco dos serviços de assistência suplementar é a atenção secundária e terciária à saúde. Isso ocorre devido à inexistência de uma política de saúde que integre a oferta de serviços à demanda por cuidados de saúde nos três níveis de atenção.

Essa consonância do mercado de trabalho do setor saúde com os demais setores remete a apresentação de ofertas de serviços cada vez mais especializados (MACHADO; BELISÁRIO, 2000).

3.2 O Sistema de Saúde no Mundo

Para se compreender o sistema de saúde brasileiro, escolheram-se sistemas de saúde estrangeiros na tentativa de mostrar um panorama mundial. Entretanto, não representa os demais países ou situação de saúde do mundo de uma maneira generalizada e, de maneira alguma, pretende-se esgotar a história e a situação de cada um dos sistemas de saúde dos países descritos.

Os sistemas de saúde do mundo estão em evidência nos dias atuais e, as suas relações, independentemente do país e do continente em que se situem, estão baseadas nas relações econômicas dentro e fora dos seus limites territoriais. E, ainda, estão fortemente embasados e dependentes de seu modo de ‘olhar’ a saúde e da cultura de cada país.

Há diferentes tipos de sistema de saúde e podem ser resumidos segundo Rodrigues e Santos (2009) em três tipos básicos:

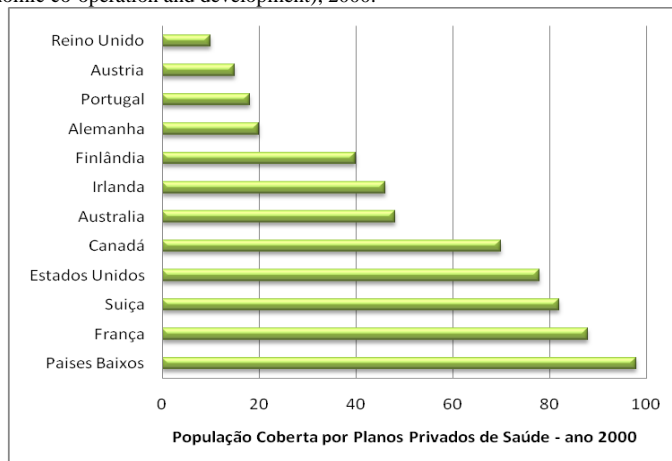
1. Sistema público de acesso universal: serviços prestados de forma gratuita a qualquer cidadão sem distinção. É financiado por toda a população, mediante tributos e administrado pelo Estado.

2. Seguro Social: é voltado a grupos específicos de pessoas, organizado por categoria profissional e gerido por agências ou institutos de caráter semipúblicos, administrados por representantes dos trabalhadores e dos empregadores e, às vezes, do Estado.
3. Saúde Privada: é voltado a pessoas que pagam pelo serviço ou que contratam empresas de planos ou seguros de saúde. É financiado diretamente pelos indivíduos ou empresas que as empregam e é administrada de forma privada e pode ser regulada ou não pelo Estado.

É importante registrar que os sistemas de saúde de muitos países são mistos, há combinações entre os tipos de sistemas em um mesmo país (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

Abaixo, na figura 1, está representado o gasto da população de diversos países com planos privados de saúde em percentual no ano de 2000.

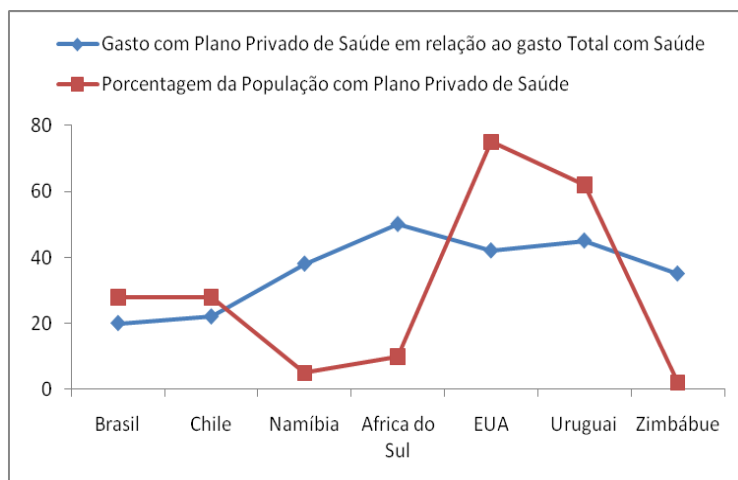
Figura 1: Porcentagem da População com Planos de Saúde Privado (%) – OECD (Organisation for economic co-operation and development), 2000.



Fonte: TORRES, R., 2008.

A França ocupa o segundo lugar em gastos com planos privados de saúde, sendo que, aproximadamente 90% da população possui plano privado de saúde. Os Estados Unidos estão em quarto lugar (80%); seguidos por Canadá (70%) e Austrália (45%). Na ponta contrária, o Reino Unido em que apenas aproximadamente 10% da população possui planos privados de saúde.

Figura 2: Países com maior despesa com Planos de Saúde Privados no ano de 2000.



Fonte: TORRES, R., 2008.

Pode-se observar, no gráfico acima, com dados de 2000 que, no Brasil, os gastos com planos privados de saúde praticamente são equivalentes à parte da população com planos de saúde privados. Por outro lado, os Estados Unidos têm praticamente o dobro de pessoas com planos privados em relação aos gastos dos planos privados.

A seguir, têm-se exemplos de países e seus sistemas de saúde, entretanto a escolha dos países foi aleatória e não representa as demais nações ou situação de saúde do mundo de uma maneira geral e, de maneira alguma, pretende-se esgotar a história e a situação de cada um dos sistemas de saúde dos países descritos.

3.2.1. O caso dos Estados Unidos

País de dimensões continentais, possui uma área de 9.826.675 km², ou seja, sua extensão é ligeiramente maior que a do Brasil (8.514.877 km²), situado no continente americano, na América do Norte e, em 2009, possuía uma população de 307.212.123 habitantes e destes

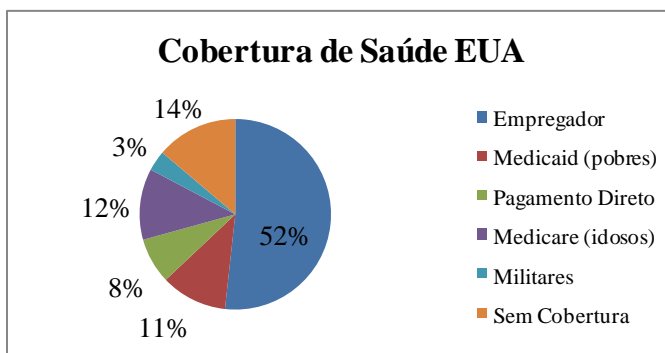
85% estão situados na área urbana, distribuídos em 51 estados(CIA, 2009).

O regime democrático-republicano adotado desde sua independência, em 1776, torna os Estados Unidos – EUA - uma das democracias mais antigas no mundo (RODRIGUES; SANTOS, 2009). Sua economia é uma das maiores e mais influentes do planeta atualmente e detinha 23% da riqueza mundial no ano de 2007. Possui o tipo de governo baseado na república federal, com grande tradição democrática, baseada no capitalismo, possuindo uma das economias mais abertas, e tem poucas restrições a investimentos estrangeiros (CIA, 2009).

O sistema de saúde do país foi montado sob uma orientação predominantemente liberal, e coube ao setor privado ocupar o espaço e oferecer os serviços de saúde. Ao Estado coube apenas a ação direcionada a setores específicos da população que estavam impossibilitados com meios próprios, do acesso aos serviços privados (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

Como ilustrado nas figuras 1 e 2, praticamente 80% do total dessa população utilizam planos e seguros privados de saúde (TORRES, 2008; INDEX MUNDI, 2009). Então, pode-se inferir que seu sistema de saúde é predominantemente privado. A presença dominante das empresas de seguro de saúde é uma das características mais marcantes do setor nos EUA e estas constituem nos principais compradores dos serviços de saúde exercendo poder sobre hospitais, médicos e demais profissionais da saúde (RODRIGUES, 2009).

O gráfico abaixo demonstra a cobertura de saúde nos Estados Unidos em 2006 (adaptado de GLASS, D. 2008; OPAS, 2007).



Pode-se observar que os sistemas pagos de saúde (empregador e pagamento direto) equivalem a 60% do total de cobertura e são alvos intensos de lobby governamental e por parte das indústrias.

Por outro lado, apenas 23% são de investimentos públicos de saúde, sendo que se referem aos programas do Governo americano Medicare¹ e Medicaid². Entretanto, 14% da população americana não possui nenhum tipo de cobertura e assistência à saúde.

A criação de um sistema público de acesso universal e gratuito vem sendo discutida desde a década de 1990 no EUA. A primeira tentativa de implantar um sistema desse tipo fracassou devido, principalmente, ao lobby das empresas de planos e seguros de saúde (RODRIGUES; SANTOS, 2009). O governo de Barack Obama está realizando uma segunda tentativa de implantar um sistema de saúde nesses moldes para que toda a população americana possua acesso à assistência à saúde

A reforma da saúde foi aprovada no dia 21 de março de 2010 e assinada pelo Presidente Barack Obama no dia 23 de março de 2010 e estabelece mudanças significativas no sistema em vigor nos Estados Unidos. Aprovou-se nessa reforma uma série de mecanismos que estendem a cobertura dos planos de saúde a cerca de 32 milhões de americanos, entre cidadãos americanos e imigrantes legais. Funcionando de forma a criar mecanismos de compartilhamento de riscos que permitam a nível dos Estados que os indivíduos não cobertos recebam incentivos fiscais necessários para adquiri-la (O GLOBO, 2010; NORONHA, 2010).

Essa aquisição dos planos é obrigatória e sujeita a multas que crescem em proporção ao salário além de uma multa fixa. Outra mudança importante é o fim da rejeição de novos clientes, principalmente, os que já possuíam doenças pré-existentes, prática essa corriqueira antes da reforma. Estas mudanças efetivadas pelo presidente Obama acompanham ainda a lógica de mercado, é uma forma de subsídio da demanda para contratar os planos (O GLOBO, 2010; NORONHA, 2010).

Segundo Noronha (2010), com essa reforma da saúde nos EUA, ainda que haja o aumento do investimento à assistência pública, existe um aumento do peso das forças do setor privado na gestão dos cuidados da saúde, apesar do contraestímulo dos planos na contratação de pessoal

¹ Assistência gratuita fornecida pelo governo dos Estados Unidos aos idosos.

² Assistência gratuita fornecida pelo governo dos Estados Unidos aos pobres.

da saúde, o exercício da cidadania continua sendo diferenciado do sentido da social democracia.

3.2.2 O caso da França

A França é um país Europeu, pertencente à União Européia, que tem em sua história gosto pelas Revoluções e no início do século 20 revolucionou também o seu sistema de saúde.

Sua população é de 64.057.790 habitantes sendo que a maioria dessa população, 95%, é urbana, ou seja, 60.876.136 habitantes moram em áreas urbanas do território francês (INDEX MUNDI, 2009).

Na França um dos componentes principais para a manutenção dessa população eminentemente urbana é o Sistema de Seguridade Social, criado no ano de 1945, no qual o sistema de saúde está inserido.

Este está embasado na premissa da solidariedade e tem como base de organização a coexistência do setor público de prestação de serviços ao lado do privado, com ou sem fins lucrativos; a livre escolha de profissional e de estabelecimentos de saúde; a autonomia para a instalação de consultórios; o pagamento direto, pelo usuário, para os profissionais e serviços de saúde, entretanto com reembolso parcial de suas despesas; a liberdade de prescrição e o segredo profissional (WDSO, S., 2009)

O financiamento do sistema de saúde é realizado em mais de 50% por contribuições previdenciárias e a sua gestão e coordenação do sistema, bem como sua regulação, é centralizado e forte. O sistema de seguridade social cobre 73,5% da população do país, 12,7% utilizam seguros privados e 10% gasto direto (CECHIN, 2008).

A prestação de serviços é altamente centrada nos hospitais ou centros de saúde, e os médicos generalistas geralmente não desempenham o papel de orientação e direcionamento pois os usuários têm livre acesso aos especialistas e tratamentos especializados; entretanto, desde 1988, há benefícios para quem optar pela escolha do médico generalista de referência (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

3.2.3 O caso do Reino Unido

O Reino Unido está situado na Europa Ocidental entre o Atlântico Norte e o Mar do Norte, possuindo uma área de 243.610 km² e

uma população de 61.113.205 habitantes e inclui Grã-Bretanha (composta por Inglaterra, Escócia e País de Gales) e Irlanda do Norte (INDEX MUNDI, 2009).

É uma monarquia constitucional hereditária e uma democracia parlamentar. A constituição está somente parcialmente expressa em textos escritos, e é flexível. A chefia do Estado cabe ao monarca e ao de Governo ao Primeiro-Ministro. É um país desenvolvido de economia de mercado e uma grande potência mundial.

O sistema de assistência médica e previdenciária é um dos mais antigos sistemas públicos de saúde de caráter universal e é extremamente desenvolvido tendo sido o local em que surgiram os primeiros conceitos de bem-estar como estado de saúde.

Em 1944 criou-se o Sistema Nacional de Saúde³ e foi implantado em 1948, e incorpora toda a assistência à saúde (médicos, hospitais, medicamentos, etc) a todos os cidadãos praticamente de forma totalmente gratuita. Apesar de existirem consultórios particulares, 98% dos médicos foram incorporados ao SNS-RU (CIA, 2009). O financiamento deste SNS-RU é realizado através dos impostos gerais em 85,7% e apenas 11% é feita através do gasto direto (CECHIN, 2008).

O SNS-RU foi organizado em três níveis: 1) os serviços médicos gerais, oferecendo consultas, inclusive serviços odontológicos, farmacêuticos e oftalmológicos e constitui o espaço de atuação dos clínicos gerais, estes mantinham uma relação contratual com o sistema mantendo a autonomia; 2) os serviços de assistência médica e saúde pública, incluem as maternidades, serviços médicos para crianças, educação para saúde, visitas domiciliares, vacinação e imunização e ambulância; e 3) os serviços hospitalares supervisionados pelos conselhos hospitalares regionais (FAVARET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

Atualmente, o sistema é baseado em regiões sanitárias administradas por autoridades sanitárias que estabelecem os contratos com o ministério da saúde e com os prestadores de serviço. Há uma distinção entre a atenção primária à saúde e a atenção hospitalar. A primeira é desenvolvida pelos grupos de atenção primária e atendem populações de 50 mil a 250 mil pessoas. A segunda é desenvolvida pelas empresas públicas de saúde e são formas de organização que permitem autonomia administrativa e financeira aos estabelecimentos prestadores de serviço (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

³ Termo que se passará a nominar apenas como SNS-RU.

Existem, ainda, os Hospitais Gerais do Distrito que constituem o eixo principal para atenção à saúde hospitalar e está situado geograficamente de forma a atender a toda a população do país. Além destes hospitais, possuem os de referência de alta complexidade que oferecem serviços de neurologia, transplantes e tratamentos para o câncer (RODRIGUES; SANTOS, 2009). A ausência de barreiras de acesso ao atendimento é uma das características básicas deste sistema de saúde (FAVARET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

3.2.4 O caso de Cuba⁴

Com uma população de 11.423.952 habitantes (INDEX MUNDI, 2009), Cuba, uma ilha situada na América Central, com 110.860 km², possui um governo ditatorial desde 1959, comandado por Fidel Castro até 2008 e após pelo seu irmão, Raúl Castro (CIA, 2009).

Após a revolução de 1959, o setor saúde sofreu grandes transformações. Foram construídos hospitais e fundadas muitas escolas de Medicina e de Enfermagem as quais contribuíram com o avanço tecnológico e científico nessa área, que conseguiu desde a erradicação de diversas doenças como poliomielite, difteria, impaludismo⁵ até diminuir os casos de tétano e tuberculose, que consistiam nas principais doenças.

O sistema nacional de saúde de Cuba é um conjunto de unidades administrativas de produção e serviços com responsabilidade de ação integral à saúde da população.

Esse sistema possui três níveis: 1) o central: define as políticas e aprova planos de saúde, além de organizar as unidades diretamente dependentes e possui um ministro e vice-ministros que atuam em áreas específicas (assistência médico-social; atendimento à higiene, epidemiologia e saúde; desenvolvimento técnico-científico; supervisionamento do ensino médico; aspectos econômicos; supervisionamento dos serviços; desenvolvimento da indústria farmacêutica); 2) o Provincial: na escala hierárquica é intermediário, conta com um diretor setorial, quatro vice-diretores e três chefes de departamento; 3) o Municipal: que depende do tamanho de cada município.

⁴ Baseado no livro: Saúde e Revolução - Cuba Antologia de Autores Cubanos, Cubes/Achiame, 1984.

⁵ Doença também conhecida como malária: infecção causada pelo Protozoário *Plasmodium* transmitida pela picada de mosquito.

O Sistema Nacional de Saúde de Cuba (SNS-Cuba⁶) possui três escalas de estrutura de atenção à saúde: nível hospitalar, policlínicas e médico da família.

O médico da família é aquele que está inserido na comunidade e é responsável pela saúde das famílias vizinhas. As policlínicas equivalem a unidades básicas de serviços ambulatoriais de saúde e têm por responsabilidade desenvolver programas básicos de saúde nas áreas que lhes correspondem. Os hospitais estão divididos em diversos departamentos e têm a função de assegurar o restabelecimento da saúde dos indivíduos da população cubana.

Também possui três níveis de assistência médica⁷: primária, secundária e terciária. A assistência primária tem como finalidade assegurar a saúde da comunidade através de ações organizadas de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas e também medidas de proteção ao meio em que elas vivem, estudam ou trabalham. É composta de policlínicas, postos, consultórios médicos e médicos da família.

A assistência médica secundária reúne as atividades de assistência médica primária com as ações de saúde mais complexas e especializadas que possam solucionar o problema. É composta de vários hospitais que atendem a uma população maior que a da assistência médica primária, entretanto esta população deve ser selecionada por esta ou ser casos de emergência.

A assistência médica terciária foi criada para atender a população com procedimentos altamente especializados e de ótimo desenvolvimento científico.

3.2.5. O caso do Canadá

Com uma população de 33.487.208 em julho 2009 é o segundo país em uma extensão territorial com 9.984.670 km² (CIA, 2009), entretanto, a vida econômica e social está organizada em apenas 20% de seu território, na parte sul, pois o norte possui condições inóspitas (RODRIGUES, SANTOS, 2009).

O governo é uma federação, uma democracia parlamentar, sendo a mais alta autoridade o Primeiro Ministro que é apontado pelo Parlamento. Possui 10 províncias e 3 territórios (CIA, 2009) e pertence,

⁶ Para efeitos facilitador chamar-se-á o Sistema Nacional de Saúde de Cuba de SNS-Cuba.

⁷ Consiste em ações preventivo curativas de saúde que correspondem tanto a ações relacionadas com a atenção a saúde da população como o meio em que vivem.

ainda, à Comunidade Britânica (Commonwealth) por ser uma ex-colônia Britânica, sendo governado formalmente pela Rainha da Inglaterra por conta de um Governador Geral por ela nomeado (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

Desde 1961 todos os canadenses contam com atenção hospitalar e acesso a serviços de diagnóstico de caráter público e, a partir de 1966, o sistema de saúde tornou-se efetivamente público de acesso universal, passando a oferecer cobertura completa de ações e serviços de saúde para todos os cidadãos. Está estruturado a partir de médicos generalistas ou de família que constituem a porta de entrada dos usuários aos especialistas. É financiado por tributos e compartilhado com os governos federal, provinciais e territoriais e cada um os organiza fundamentado nas leis federais para a sua população local (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

No Canadá, o controle do Estado, nos sistema de saúde, é praticamente total, controlando até mesmo o número de vagas oferecidas nos cursos de medicina. Os profissionais são contratados pelo governo, o qual é o único comprador do serviço e, apesar disso, mantém certa independência ou liberdade profissional, e quase todos os hospitais do país são privados (95%), entretanto não têm finalidade lucrativa (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

3.3 O Sistema de Saúde no Brasil

O Brasil é um país de dimensões continentais, é o maior e mais populoso país da América do Sul, e possui a quinta maior área territorial do mundo de 8.514.877 km² possuindo uma população de 198.739.269 habitantes sendo predominantemente urbana (85%) (CIA, 2009).

É uma república federativa com 26 estados mais um distrito federal, e seu presidente eleito é chefe de estado e de governo e sua economia é caracterizada por grande e bem desenvolvida agricultura, mineração e manufatura, serviços e setores, superando a economia de todos os países da América do Sul, está expandindo sua presença em todos os mercados do mundo (CIA, 2009).

O atual sistema de saúde no Brasil é um sistema público de acesso universal, estando sedimentado sob a premissa da Constituição Federal de 1988, que expressa a saúde como um direito de todo o brasileiro, cabendo ao Estado cuidar da assistência pública, da edição de normas de proteção à saúde e da prestação de assistência médica e hospitalar mediante políticas sociais e econômicas. Esse sistema de

saúde pode ser dividido em dois subsistemas: o público e o privado (BRASIL, 2007).

O subsistema público é representado pelo Sistema Único de Saúde – SUS – que é um sistema universal de saúde, com financiamento público e participação das esferas da Federação, gestão pública, única, com integração e articulação entre as diferentes esferas e a prestação de assistência através de serviços de rede própria de municípios, estados e União, de serviços públicos de outras áreas de governo e de serviços privados contratados ou conveniados (BRASIL, 2007).

A implantação do SUS significou a extensão de assistência médico-sanitária a expressivos contingentes de brasileiros, entretanto, segundo Aciole (2006), para a população brasileira as consolidações de um valor de uso e a legitimação social do SUS ainda estão longe de acontecer. Então, o acesso aos serviços de saúde públicos está aberto a todos os brasileiros não mais importando sua situação empregatícia ou legal, entretanto ainda existe uma longa caminhada para que toda a população realmente usufrua dos serviços de saúde de maneira completa e integral. E, ainda segundo o autor, embora haja uma gratuidade direta quando do acesso e utilização dos serviços ofertados pelo SUS, o desembolso é feito de forma indireta através do pagamento dos impostos.

O subsistema privado é dividido em dois subsetores: o subsetor Saúde Suplementar e o subsetor liberal clássico. O liberal clássico é o composto por serviços particulares autônomos, caracterizado por clientela própria, captada por processos informais, em que os profissionais da saúde estabelecem diretamente as condições de tratamento e de sua remuneração (BRASIL, 2007).

A Saúde Suplementar é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde sendo predominante neste subsistema. Este subsistema possui um financiamento privado, entretanto, com subsídios públicos, gestão privada regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e os prestadores de assistência são privados, credenciados pelos planos e seguros de saúde ou pelas cooperativas médicas, serviços próprios dos planos e seguros de saúde, serviços conveniados ou contratados pelo subsistema público que são contratados pelas empresas de planos e seguros de saúde, fazendo parte de sua rede credenciada (BRASIL, 2007).

O setor de planos de saúde é definido, no Brasil, de complementar devido à opção de *“pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito ao acesso ao*

serviço público”. Por outro lado, poderia ser classificado de complementar, e por vezes o é, quando supõe a existência e a limitação do sistema de saúde público; nesse caso, o sistema privado complementa a cobertura de determinados serviços (BAHIA, 2001, p. 121).

Cechin (2008, p. 59) conceitua os seguros de: 1) Principal: quando constitui a forma única de cobertura ou principal para uma importante parte da população; 2) Duplicado: quando a população pode optar por um seguro privado sem abrir mão da cobertura pública principal; 3) Complementar: ao sistema principal (normalmente de seguridade social ou serviço nacional de saúde), nesse caso, o seguro privado oferece cobertura adicional para bens e serviços com cobertura financeira insuficiente pelo sistema principal; 4) Suplementar: quando oferece coberturas facultativas para bens e serviços não cobertos ou inadequadamente cobertos pelo sistema principal, ou agiliza o acesso aos serviços; essa cobertura pode inclusive duplicar a cobertura do sistema principal; e 5) Alternativo ou substitutivo: ao sistema público principal, podendo o indivíduo optar por esse sistema em vez do principal.

De forma sintética, Aciole (2006) define a relação entre os subsistemas público e privado afirmando que a estruturação do SUS produz a ampliação das demandas, a reorganização da oferta de serviços de saúde e aprofunda a crise estrutural da economia do País. Esta questão faz emergir o movimento político que exige a regulação do sistema privado de atenção à saúde e a definição do caráter, mais complementar ou mais suplementar, da relação que tem o sistema privado em relação ao SUS.

De certa forma, os subsídios fiscais do Estado para o subsistema privado impedem que o SUS receba um maior financiamento. Isso acontece devido aos gastos do Estado com a saúde suplementar dos funcionários federais, bem como, dos gastos tributários das renúncias fiscais. De acordo com o IDEC (2007), esse padrão de financiamento foi herdado do Regime Militar e foi ampliado com o passar dos anos.

A atenção à saúde é, portanto, exercida fundamentalmente, no Brasil, pelo Sistema Único de Saúde e deveria garantir a saúde nos termos de equidade, universalidade e igualdade. Entretanto, o setor público vem continuamente expondo suas iniquidades que, submetidas a constantes críticas e inequívocos exemplos de ineficiência, serviram como um grande atrativo para os planos de saúde privados ampliarem a sua atuação no mercado (SILVA, 2003).

Para Cechin (2008), os setores público e privado estão cada vez mais interligados e de difícil definição de seus limites, apesar de

desintegrados e desordenados. Isso se deve a uma grande parte de prestadores privados venderem seus serviços ao SUS e outra parte de prestadores públicos venderem seus serviços à planos de saúde ou pacientes particulares, bem como, a nenhum dos setores ser capaz de suprir os serviços na ausência do outro e, assim pode-se observar que os dois sistemas não são excludentes ou substitutivos pelo caráter universal do SUS.

3.4 O Sistema de Saúde Suplementar no Brasil

3.4.1 A regulamentação

No Brasil, a saúde suplementar começou sua estruturação no momento em que surgiram os IAPs, Institutos de Aposentadorias e Pensões, que pertenciam a diversas categorias e representavam os trabalhadores urbanos e que compravam as prestações de serviços de saúde. Paralelamente, nos anos 40, apareceram também as Caixas de Assistência, como a dos funcionários do Banco do Brasil – Cassi, que beneficiavam os empregados de algumas empresas por meio de empréstimos ou reembolso pela utilização de serviços de saúde externos à Previdência Social (RONCALLI, 2003; RODRIGUES; SANTOS, 2009).

Nos anos 1950, surgem os sistemas assistenciais próprios, fornecidos pelas empresas estatais e multinacionais que prestavam assistência médica de forma direta. Os IAPs, no ano de 1966, são então unificados formando o INPS, Instituto Nacional de Previdência Social, e essa unificação forçou a expansão dos credenciamentos de prestadores de serviços privados de saúde, privilegiando hospitais e multinacionais de medicamentos (RONCALLI, 2003; RODRIGUES; SANTOS, 2009).

Portanto, foi na década de 1960 que se constituiu em um marco na história da saúde suplementar. Isso devido a uma boa parte dos trabalhadores já possuir planos de saúde e, ainda, por serem observadas diversas possibilidades de assistência médica: a rede INPS, com unidades próprias e credenciadas; serviços credenciados para atendimento a trabalhadores rurais; serviços credenciados das empresas médicas; e autogestões de empresas com planos próprios. Todas essas possibilidades ofereciam a mesma cobertura para todos os empregados independentemente do nível hierárquico na empresa (RONCALLI, 2003; RODRIGUES; SANTOS, 2009).

Na década de 1970, foi criado o SINPAS, Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, do qual fazia parte o INAMPS,

Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, que privilegia ainda mais a compra de serviços do setor privado provocando uma capitalização crescente deste setor. A década de 1980 é marcada por crises políticas, sociais e econômicas e, ainda, cresce o movimento sanitário brasileiro que culmina na criação do SUS e na manutenção e ampliação do setor suplementar (RONCALLI, 2003).

Pois, com o fim da Ditadura Militar e o início da chamada Nova República, houve importantes mudanças na saúde pública brasileira que contribuíram pra reforma sanitária que culminou coma 8ª Conferencia Nacional de Saúde e com a criação, em 1987, do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – que passou a atuar nos estados e municípios (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

Então, a partir da segunda metade da década de 1980, as operadoras passaram a encontrar mais de um tipo de clientela para adquirir os seus serviços. Clientela esta formada por pessoas que trabalhavam em empresas sem assistência médica, ou que não tinham emprego formal, ou ainda profissionais liberais, ambulantes, aposentados. Concomitantemente as seguradoras, empresas ligadas geralmente ao capital financeiro e acostumadas a trabalhar com outros tipos de seguros se organizaram na Fenaseg, Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização para também acrescentar a sua atuação este setor do mercado (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

A Constituição de 1988 criou o sistema público de saúde de acesso universal e gratuito; entretanto, por outro lado, não tratou especificamente sobre os mercados dos planos privados de saúde, ou seja, os dois foram mantidos atuando conjuntamente (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

No decorrer da década de 1990, os consumidores passaram a ser mais protegidos e a exigir os seus direitos com a adoção do Código de Defesa do Consumidor, que trouxe a estrutura jurídica que deve nortear as relações de consumo, e do surgimento e com a atuação de órgãos de defesa do consumidor, como os Programas de Proteção e Orientação ao Consumidor – Procon – estaduais e municipais e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – Idec – (SALAZAR, RODRIGUES, NUNES JÚNIOR, 2003; RODRIGUES; SANTOS, 2009).

O acolhimento de demandas pelos Procon beneficiou os consumidores em seus conflitos com as Operadoras de Planos de Saúde. No entanto, a atuação desses organismos estatais mostrou-se insuficiente para regular as relações entre consumidores e operadoras. Houve a necessidade de intervenção estatal, visando a corrigir e atenuar as falhas do mercado, como as exclusões de atendimento e as mensalidades

abusivas, e somente após a promulgação da Lei 9656, em 1998, o setor de saúde suplementar ganhou a sustentação legal para que iniciassem as ações de regulamentação (SILVA, 2003; RODRIGUES; SANTOS, 2009).

Então, a regulamentação do setor de saúde suplementar, exigida pela Constituição de 1988, surge apenas em 1998, quando o SUS já apresentava, no mínimo, cinco importantes marcos em seu processo de construção: a Lei Orgânica da Saúde, lei 8080/90, a extinção do INAMPS, a NOB – Norma Operacional Básica/93, a NOB/96 e a implantação do PAB - Piso da Atenção Básica em 1998 (BRASIL, 2003).

Segundo Salazar, Rodrigues e Nunes Júnior (2003) apesar da proteção aos beneficiários de planos de saúde apresentar avanços, a Lei 9656/98 não resolveu os principais conflitos entre os beneficiários e as operadoras e, de certa forma, pareceu desobrigar o setor privado de obedecer à Lei Orgânica da Saúde.

Como marco legal do processo de regulação, portanto, entende-se o conjunto formado pela Lei 9.656/98 e a Medida Provisória (MP), que à época tomou a numeração 1.665. Esta MP, republicada várias vezes leva atualmente o número 2177-44. Ao conjunto Lei + MP foi acrescida, em janeiro de 2000, a Lei 9961, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar ⁸(ANS) e lhe deu as atribuições de regulação do setor. (BRASIL, 1998; 2000a; SALAZAR, RODRIGUES, NUNES JÚNIOR, 2003).

Os objetivos básicos e as estratégias diferenciadas de implementação da regulamentação, surgem claramente do marco regulatório e evoluem a partir da ampliação do conhecimento sobre o setor de saúde suplementar. Os objetivos da regulamentação podem ser resumidos em seis pontos: 1. Assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde cobertura assistencial integral e regular às condições de acesso; 2. Definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas e entidades que operam no setor; 3. Definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras que assegurem a continuidade da prestação de serviços de assistência à saúde contratados pelos consumidores; 4. Dar transparência e garantir a integração do setor de saúde suplementar ao SUS e o ressarcimento dos gastos gerados por usuários de planos privados de assistência à saúde no sistema público; 5. Estabelecer mecanismos de controle da abusividade

⁸ Para efeito facilitador no decorrer do texto denominar-se-á a Agência Nacional de Saúde Suplementar simplesmente de ANS.

de preços; 6. Definir o sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor de saúde suplementar (BRASIL, 2003).

Apesar disso, neste momento, convivia-se com uma grande heterogeneidade nos padrões de qualidade do setor, fragmentação e descontinuidade da atenção, que comprometem a efetividade e a eficiência do sistema como um todo, atingindo as redes de cuidados básicos, especializados e hospitalares, que atendem a clientela de planos de saúde.

Com a regulamentação e regulação efetiva, um ponto importante é que, as operadoras precisam informar os seus dados econômico-financeiros e das características dos planos, como: os serviços cobertos; rede prestadora; tipo de contratação. Passaram a conhecer, também, o perfil dos beneficiários e as informações relativas ao plano e à operadora à qual estão vinculados, minimizando riscos e melhorando a assistência prestada (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

3.4.2 A Classificação das Modalidades Assistenciais

Insuficiências do SUS são associadas à expansão da assistência médica suplementar evocando os avanços das políticas de corte neoliberal. Essa equação, por sua vez, remete questões tanto às proposições reformistas universalistas quanto às políticas assistenciais seletivas. Por um lado, o crescimento das alternativas particulares, corporativas desafia a construção de um sistema de proteção social universal e redistributivo; por outro, evidenciam perspectivas para a regulação de uma segmentação já consolidada (BAHIA, 2001).

Na configuração política de saúde no Brasil, o tema da privatização é recorrente após os anos 1960, mas centrados, principalmente, nas relações entre hospitais privados e Previdência Social (ANDREAZZI, 2002). O conceito continua sendo aplicado amplamente a processos distintos mesmo após a ocorrência de muitas mudanças, entretanto não impediu os esforços realizados na década de 1990 para melhor caracterizar descritivamente os segmentos do setor privado, como os hospitais privados (COTTA et al., 1998) planos e seguros de saúde (ANDREAZZI, 1991; ALMEIDA, 1998; BAHIA, 1999) e cooperativas médicas (DUARTE, 2001).

O sistema de atenção médica supletiva⁹ (SAMS) é um sistema privado que, contudo, recebe subsídios diretos ou indiretos do Estado,

⁹ Para efeito facilitador no decorrer do texto denominar-se-á sempre o sistema de atenção médica supletiva de SAMS.

sob forma de renúncias fiscais e contributivas. Segundo Mendes (2001) o SAMS está constituído por quatro modalidades assistenciais¹⁰: a medicina de grupo, a autogestão, a cooperativa médica e o seguro-saúde. Essas modalidades apresentam racionalidades de estruturação distintas, clientelas diferenciadas e formas de financiamento diversas. Ademais, ofertam, no mercado, produtos segmentados por diferentes clientelas.

A medicina de grupo opera mediante empresas que administram planos de saúde para indivíduos e famílias ou empresas empregadoras sob a forma de pré-pagamento ou pós-pagamento. A maior parte delas é contratadora de serviços de terceiros, mas 36% estruturam serviços próprios (Médici, 1990). Mais de 70% das empresas são de tamanho pequeno e apenas 10% são de grande porte (mais de 300.000 vidas). É a representada politicamente pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) criada em 1966 para defender interesses na elaboração de políticas para o setor; pelo Sindicato Empresarial de Medicina de Grupo e Empresarial (Sinamge); e pelo Conselho Nacional de Autorregulamentação de Medicina de Grupo (Conamge) voltado mais as questões éticas para a regulamentação do setor de saúde suplementar (MENDES, 2001; RODRIGUES; SANTOS, 2009).

A autogestão está configurada por empresas que, a partir de sistemas pós-pagamento, administram elas mesmas ou contratam terceiros para administrar planos de saúde para seus membros. A autogestão pode estruturar-se diversamente: com autogestão de compra de serviços, com produção própria de serviços, com serviços comuns para grupos de empresas ou com autosseguro de saúde. Seu maior segmento são empresas estatais, em torno de 60%, sendo as demais empresas privadas. Sua representação política faz-se por meio da Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (ABRASPE), com atuação mais marcada no segmento privado, e do Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência a Saúde (CIEFAS), que atua especialmente no segmento público, recentemente elas se uniram em uma única, a União Nacional das Instituições de Autogestão de Saúde (Unidas) (MENDES, 2001; RODRIGUES; SANTOS, 2009).

As cooperativas médicas são formadas por cooperativas de médicos que ofertam planos sob a forma de pré-pagamento ou pós-pagamento, à semelhança da medicina de grupo. Surgiram em oposição às medicinas de grupo, na defesa da prática médica liberal e segundo as cooperativas médicas não há objetivo de lucro e, se houver superávit ou

¹⁰ Classificação considerada tradicional (RODRIGUES; SANTOS, 2009)

prejuízo, este é repassado entre as cotas de cada cooperado. Por constituírem-se como cooperativas, consideram-se, a si mesmas, como formas éticas, não-comerciais, de prestação de planos de saúde. São representadas pela Unimed, comumente uma para cada cidade ou região geográfica do país e cada uma delas responde por si (MENDES, 2001; RODRIGUES; SANTOS, 2009).

O seguro-saúde é constituído por empresas ligadas ao capital financeiro bancário. Esse sistema funciona, desde 1967, na lógica do seguro privado, razão pela qual, historicamente, até a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, sempre esteve sob o controle da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP). As seguradoras atuam por pré-pagamentos de prêmios feitos pelos assegurados e prestam serviços mediante contratação de terceiros; não podem ter prestação própria e, assim, o seguro funciona como reembolso de despesas. Essa modalidade tem algumas características, como sensibilidade às variações da conjuntura econômica, têm preços médios mais elevados relativamente às outras modalidades e constitui um mercado de alta concentração. Após a Lei 10.185 de 10 de fevereiro de 2001 está determinado que o seguro saúde só pode ser operado por empresas do ramo da saúde. Sua representação política faz-se por meio da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG) (MENDES, 2001; RODRIGUES; SANTOS, 2009).

De acordo com o artigo 6º da Resolução N° XX/98 do CNSP (BRASIL, 1998), que regulamenta as operadoras de seguros ou planos privados de assistência à saúde¹¹, e dá outras providências, as operadoras do mercado privado de assistência à saúde são classificadas nas seguintes modalidades:

A. Operadoras de seguros de saúde: são exclusivamente as seguradoras, constituídas conforme legislação específica para a atividade de seguros, e que oferecem obrigatoriamente o reembolso das despesas médico-hospitalares e/ou odontológicas em todos os seus planos do ramo saúde;

B. Operadoras de planos de saúde: são empresas, constituídas sob quaisquer formas jurídicas, que comercializam planos de assistência à

¹¹ Operadora de planos privados de assistência a saúde = sinônimos: operadora; operadora de plano de saúde. Significado: pessoa jurídica constituída sob modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na ANS que opera ou comercializa planos privados de assistência a saúde (ANS - GLOSSÁRIO TEMÁTICO: SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009b, p.54-55).

saúde, atuando nessa atividade, podendo fornecer adicionalmente prestação de serviços médico-hospitalares e/ou odontológicos diretos ou indiretos;

C. Operadoras de planos odontológicos: são empresas constituídas sob quaisquer formas jurídicas que comercializam planos odontológicos, atuando exclusivamente nessa atividade, podendo fornecer a prestação direta ou indireta de serviços odontológicos;

D. Operadoras de autogestão principal: são empresas que atuam em quaisquer atividades, que oferecem planos de assistência à saúde exclusivamente a seus funcionários ativos, aposentados, pensionistas, ex-empregados, seus respectivos grupos familiares, limitados ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, ou ainda associações nas quais os seus associados são vinculados a um mesmo empregador, que oferecem planos de assistência à saúde a seus participantes e dependentes;

E. Operadoras de autogestão derivada: são as entidades de classes, sindicatos ou associações, não abrangidas no item “D”, que oferecem planos de assistência à saúde a seus participantes e dependentes;

No Setor de Saúde Suplementar, produto são os planos de assistência à saúde, que podem ou não incluir assistência odontológica, e os planos exclusivos de assistência odontológica comercializados pelas operadoras.

F. Empresas administradoras de planos de saúde: são operadoras que administram planos de assistência à saúde, financiados por quaisquer empresas, sem assumir os riscos dos sinistros.

Entretanto, segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de número 39 de 30 de outubro de 2000 (alterada pela Resolução Normativa 40/03) da ANS, que dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das operadoras de planos de assistência à saúde são sete as modalidades: administradora, autogestão (não patrocinada e patrocinada), cooperativa médica, cooperativa odontológica, filantropia, medicina de grupo e odontologia de grupo.

Segundo tal resolução, são consideradas como modalidade de administradora as empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, sendo que, no caso de administração de planos, são financiados por operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

Classificam-se na modalidade de autogestão as entidades de autogestão que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que,

por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados.

Com relação à cooperativa médica, são as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971 (lei geral do cooperativismo), que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.

Cooperativa Odontológica é a mesma sociedade das cooperativas médicas, regidas pela mesma legislação que operam somente com planos odontológicos.

Na modalidade de filantropia, estão presentes as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social CNAS e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

Classificam-se, na modalidade de medicina de grupo, as empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades contidas nas Seções I, II, IV e VII da Resolução n. 39 RDC (2000), ou seja, nas modalidades anteriores.

Classificam-se, na modalidade de odontologia de grupo, as empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade contida na Seção III dessa Resolução, ou seja, excetuando-se as que atuam nas modalidades anteriores.

E há ainda a Seguradora Especializada em Saúde, que são as sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde¹², desde

¹² Plano Privado de Assistência à Saúde = sinônimo: plano, plano de assistência à saúde, plano de saúde, produto. Significado: contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço preestabelecido ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado e com finalidade de garantir, sem limite financeiro à assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente

que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.

Para que se constitua o mercado privado de saúde, além das operadoras classificadas acima, há a necessidade de haver prestadores de serviços e os usuários dos serviços.

Os prestadores de serviço, segundo Rodrigues e Santos (2009) podem ser remunerados de três formas: 1) pelos próprios usuários, diretamente; 2) por operadoras de planos e seguros de saúde ou, ainda, 3) pelo SUS, quando possuem convênio. Esses prestadores de serviço estão deixando de possuir uma profissão liberal e tornando-se assalariados através do aumento das relações 2 e 3 acima de formas de pagamento.

Os profissionais e serviços das operadoras de planos de saúde são livremente escolhidos, integrantes ou não de uma rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e/ou odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador por conta e ordem do beneficiário do plano privado de assistência à saúde (ANS - GLOSSÁRIO TEMÁTICO: SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009b. p.60).

Os usuários dos serviços oferecidos pelo setor privado são as pessoas que pagam um plano de saúde ou possuem um pago pela empresa em que trabalham, pois como os serviços de saúde são caros, e poucas pessoas podem pagar de forma direta por elas. Ainda, assim, Rodrigues e Santos (2009) enfatizam que a maioria dos compradores dos planos e seguros de saúde é constituída pela parcela mais rica da sociedade brasileira.

Entretanto, ainda as operadoras e seguros de saúde detêm uma grande parte dos recursos financeiros e dos clientes e movimentam valores muitas vezes superiores aos prestadores de serviço e, devido a isso, se encontram em situação vantajosa em relação a eles (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

3.4.3 A Regulação

O modelo de regulação do setor de saúde suplementar brasileiro é diferenciado em relação à experiência internacional. Na maioria dos

escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (ANS - GLOSSÁRIO TEMÁTICO: SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009b, p.59-60).

países, a regulação é feita a partir da atividade econômica em si, atuando sobre as empresas do setor, garantindo suas condições de solvência e a competitividade do mercado. No Brasil, optou-se por regular fortemente o produto oferecido, ou seja, a assistência à saúde, com medidas inovadoras como a proibição da seleção de risco e do rompimento unilateral dos contratos. A regulação tem como objetivos principais corrigir as distorções quanto às seleções de risco e preservar a competitividade do mercado (BAHIA; VIANA, 2000).

O sistema privado de planos e seguros de saúde cresceu e experimentou grande diversificação nas modalidades empresariais que o compõem entre os anos de 1987 e 1998, sem que estivessem submetidas à regulação pública. Havia regras gerais de proteção ao consumidor estabelecidas pela Lei 8.078 do Código de Defesa do Consumidor. Apenas em 1998 foi aprovada legislação regulatória (Lei 9.656, de agosto de 1998), que estabeleceu regras para os contratos e coberturas, e em 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS (Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000), responsável pelo controle dessa área” (ANS, 2007; CECHIN, 2008).

No âmbito da saúde suplementar, que atinge hoje mais de 50 milhões de brasileiros, a gestão da atenção também entrou na agenda de debates. Com a redução importante das taxas de inflação a partir de 1994 e o fim da ciranda financeira, os planos de saúde buscaram implementar práticas de gestão de custos e de riscos. A “medicina preventiva” e outras estratégias de organização do cuidado, como caminho para redução de custos, passaram a fazer parte do vocabulário dos empresários da saúde. Além disso, a ANS desencadeou, a partir de 2004, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, segundo o qual as operadoras são avaliadas também pela qualidade da atenção à saúde prestada a seus beneficiários. Novidade, pois a saúde suplementar, como setor econômico mobilizado pela busca do lucro, sempre teve a saúde financeira das empresas como fator primordial de avaliação (ANS, 2009a).

Apesar de diversos autores correlacionarem as dificuldades enfrentadas pelo SUS com a expansão da assistência suplementar, sugerindo um processo de compensação ou de substituição, os dados disponíveis sugerem uma correlação maior da cobertura por planos e seguros privados com a concentração de renda e de oferta de serviços. Assim, a região sudeste apresenta maior cobertura de planos privados de saúde e é a mais expressiva na produção de serviços para o SUS, enquanto a região norte figura como a mais desprovida em relação aos dois setores.

Existem muitos conceitos para regulação, cada um demonstra a perspectiva e o valor de quem os elabora e de quem os utiliza. Regular também tem como significados: sujeitar as regras; dirigir; regerar; encaminhar conforme a lei; esclarecer e facilitar por meio de disposições; regulamentar; estabelecerem regras para regularizar; estabelecer ordem ou parcimônia em acertar, ajustar, conter, moderar, reprimir, conformar, aferir, confrontar, comparar, dentre outros (AURÉLIO, 2009).

Segundo o livro Regulação em Saúde (BRASIL, 2007), regulação é realizada através de intervenção do governo, por meio de regras, leis e normas, no mercado prestação de serviços de saúde ou no sistema de saúde. Incorpora uma grande variedade de mecanismos além de incentivos positivos e negativos. Essa função regulatória pode ter várias formas como a definição de arcabouço legal, a regulação da competitividade, os parâmetros mínimos e de excelência e, em particular, as várias formas de incentivo financeiro.

Regulação ocorre quando o governo controla ou deliberadamente influencia determinada atividade pela manipulação de variáveis como preço, quantidade e qualidade. Dessa forma, é necessário ter em mente o significado da regulação, é preciso sempre manter foco no objetivo, que é assegurar o desempenho do sistema de saúde, ou seja, prestar uma assistência eficiente e equitativa e atender as necessidades de saúde da população (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

3.4.4 O papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar

A ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar - é uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde e responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. A ANS tem por finalidade institucional *“promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde”* (BRASIL, 2000a; CECHIN, 2008).

A ANS possui maior poder de ação, autonomia administrativa, financeira e política, em relação ao governo, expressas por uma arrecadação própria e decisões da Diretoria Colegiada com poder legal para efetivar suas resoluções. Possui, ainda, competência de polícia normativa, decisória e sancionária exercida sobre qualquer modalidade

de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que diferenciem de atividades exclusivamente econômico-financeiras (LIMA, 2005; LIMA, 2007).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar está organizada em cinco áreas:

1. Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras: responsável pela normatização, registro e monitoramento do funcionamento das operadoras, inclusive intervenção e liquidação;
2. Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos: responsável pela normatização, registro e monitoramento dos produtos, inclusive reajuste de planos individuais e familiares;
3. Diretoria de Fiscalização: responsável por todo o processo de fiscalização, aspectos econômico-financeiros, médicos assistenciais, apoio ao consumidor e articulação com seus órgãos de defesa;
4. Diretoria de Desenvolvimento Setorial: responsável pelo sistema de ressarcimento do SUS e pelo desenvolvimento de instrumentos que viabilizem a melhoria da qualidade e o aumento da competitividade do setor; e
5. Diretoria de Gestão: responsável pelo gerenciamento de recursos humanos e financeiros, suprimentos, informática e informação.

As suas competências foram estabelecidas pela Resolução RDC n.º 1 da ANS:

- estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
- proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
- requisitar o fornecimento de quaisquer informações das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciados.

A ANS desenvolve e aprimora inúmeros mecanismos para gerar informações relativas ao setor de saúde suplementar: a constituição de câmaras técnicas; consultas públicas; disque ANS e portal ANS; e o acesso através dos núcleos regionais. Para as ações de fiscalização existem dois grandes blocos de atuações estratégicas: medidas

preventivas e os regimes especiais. As medidas preventivas são os processos de ajuste acordados entre a ANS e as operadoras de planos de saúde e os planos de recuperação. Os regimes especiais são as direções técnicas e fiscais que são processos instaurados pela ANS quando as empresas descumprem os processos de ajuste e realizam processos de monitoramento das anormalidades administrativas (BRASIL, 2007; LIMA, 2005; LIMA, 2007).

A ANS desenvolve, ainda, dois projetos para a fiscalização e instrumentos de transformação de comportamento do mercado de planos de saúde denominados “Cidadania Ativa” e “Olho Vivo” (LIMA, 2005; LIMA, 2007).

Segundo O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (2007) a instituição da Agência Nacional de Saúde Suplementar possibilitou um maior conhecimento do setor e a definição de critérios para a entrada no mercado, funcionamento e acompanhamento econômico-financeiro das operadoras de planos e seguros de saúde (BRASIL, 2007).

A fiscalização visa, também, a impedir que operadoras inescrupulosas desprezem os direitos e os interesses dos beneficiários¹³ e obtenham vantagens sobre estes. O aumento desta fiscalização – regulação – causou consequente aumento da visibilidade dos problemas estruturais e dos desequilíbrios existentes no setor da saúde suplementar. Essa fiscalização não precisa ser unicamente exercida pela ANS, apesar de sua legitimidade e competência, pode ser auxiliada pelos PROCONs, que possuem atividades estaduais e municipais, bem como, por outros órgão privados como as experiências de autorregulação (LIMA, 2005; LIMA, 2007).

Pode-se afirmar, e observar na figura 1, que existem dois campos de regulação:

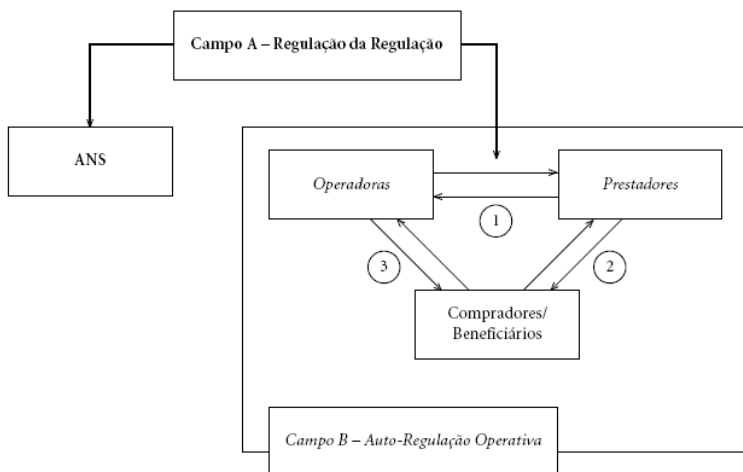
- Campo A: a macrorregulação, realizada pela legislação e regulamentação;
- Campo B: a autorregulação, realizada pelos atores do sistema, operadoras, prestadores e beneficiários, constituindo o mercado de seguros de saúde privados

¹³ Beneficiário = sinônimo: beneficiário de plano de assistência à saúde; consumidor, consumidor de plano de saúde, participante de plano privado de assistência à saúde; segurado; usuário; usuário de plano privado de assistência à saúde. Significado: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de planos privados de assistência à saúde, para garantia da assistência médico/hospitalar ou odontológica. É o termo usado comumente pela ANS (ANS - GLOSSÁRIO TEMÁTICO: SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009b, p.25)

propriamente dito, denominado de autorregulação operativa.

A ANS está centrada, principalmente, na regulação do campo A, entretanto, há necessidade de que se torne ativa no campo B para que exerça o papel regulador e mediador das tensões e disputas existentes entre os atores da autorregulação operativa (MALTA et al, 2004).

Figura 3: A regulação da ANS



Fonte: Cecílio et al, 2005.

Malta et al (2004) identifica, ainda, três ênfases na atuação da ANS: 1) voltada para a regulação financeira das operadoras; 2) direcionado aos contratos e relações de consumo, de efeito fiscalizador sob a perspectiva do direito dos consumidores, e; 3) visando ao controle do preço da assistência à saúde e composição de cobertura, focada nos produtos. Devido a essa prática fragmentada na regulação do setor, a produção de saúde encontra-se em seus estágios iniciais.

Entretanto, segundo Cecílio et al (2005) a ANS tem vivido um “ímpeto regulatório” por causa da regulamentação recente e da ANS ainda se encontrar em processo de autoconstituição e, também, o fato de que a regulação de planos privados de saúde ser um território político no qual há sempre inconciliáveis e conflitantes interesses.

A decisão de delegar as tarefas regulatórias a agências independentes ocasiona riscos e custos para os políticos. Segundo Pereira (2007), é surpreendente que o Brasil tenha optado por esse modelo em vez de utilizar o próprio sistema do governo, com seus

ministérios, no qual seria mais acessível o controle do comportamento dos reguladores.

Ainda, segundo o autor, isso ocorre devido aos ganhos, por parte do governo, ocasionado por essa independência regulatória como os de informações, de flexibilidade administrativa, a possibilidade de transferência de responsabilidades do governo para as agências, credibilidade por serem agências independentes e crédito pela iniciativa política (PEREIRA, 2007).

A ANS, frente a isso, necessita estar presente e utilizar-se de mecanismos que façam valer seus processos de regulação e de “regulação da regulação”, ou seja, a regulação da autorregulação operativa pela ANS, para que efetivamente se conquiste espaço dentro dos conflitos de interesses do setor de saúde suplementar (CECÍLIO, 2005).

Conforme as suas atribuições legais na Lei 9961/00 a agência deve não somente monitorar como agir em prol do saneamento econômico e financeiro das operadoras garantindo os direitos dos consumidores e os serviços de relevância pública. E pode lançar mão de ferramentas como a determinação de um plano de recuperação da operadora, instaurar regime de direção fiscal ou técnica; determinar a alienação da carteira de clientes e ordenar a liquidação extrajudicial da operadora (CREMESP; IDEC, 2007).

A atuação da ANS, atualmente, não se restringe apenas a fiscalização das operadoras, está mais atuante na educação e orientação buscando construir um mercado de saúde suplementar mais coeso em relação à regulamentação, possibilitando o crescimento e desenvolvimento das operadoras e a ampliação do universo de beneficiários (CECHIN, 2008).

3.4.5 A situação atual do mercado

Segundo Duarte (2001), *“o sistema de atenção médica suplementar cresceu a passos largos durante a década de 80, de tal modo que, em 1989, cobria 22% da população total do país. Somente no período 1987/89 incorporaram-se a esse subsistema 7.200.000 beneficiários”*. Em dezembro de 2009, o número de usuários registrados na ANS é de aproximadamente 53,3 milhões de beneficiários no total de vínculos a planos de assistência médica com ou sem odontologia e planos exclusivamente odontológicos (ANS, 2009b).

O mercado brasileiro na sua totalidade apresenta concentração em seus segmentos (total, médico-hospitalar e odontológico) pois possui aproximadamente duzentas operadoras detêm 80% do mercado e que 95% dos consumidores de planos de saúde estão localizados na área urbana, sendo que cerca de 77% na região sudeste do país, principalmente em São Paulo e Rio de Janeiro (BRASIL, 2003; 2009).

Também, quando observadas as operadoras localmente, ou seja, no seu local de competição por mercado, há concentração em 23 das 27 unidades da Federação entre as operadoras que comercializam planos odontológicos, com a maior empresa detendo mais de 20% dos beneficiários. Entre as operadoras médico-hospitalares a concentração está presente em 18 Estados (ANS, 2007; 2009).

Esses dados são confirmados por Ocké-Reis (2007) que expõe que, em março de 2006, apenas 8 operadoras detinham 21% dos usuários dos planos de saúde, equivalente a 7,6 milhões de planos de assistência médica. Manfredini e Narvai (2010) corroboram afirmando que há, também nos planos de saúde exclusivamente odontológicos, uma grande concentração de beneficiários em que, a maior operadora detém 17% e as 8 maiores detêm 51% do total de beneficiários.

Segundo Alfredo Scaff (2007), o fato de existirem, em 2009, 1724 operadoras ativas, ou seja, com beneficiários, continua favorecendo a mesma lógica tornando o mercado da saúde suplementar concorrencial. Por outro lado, é necessário repensar e construir modelos de atenção à saúde sob novas bases para aumentar a eficiência, através da otimização de gastos segundo as necessidades; aumentar a eficácia, aumentando e qualificando os resultados; e aumentar a efetividade, contribuindo mais para uma melhoria da saúde.

Confirmando essa vontade, o diretor presidente da ANS, Dr. Fausto Pereira dos Santos, afirma que a aposta da atual gestão da ANS é:

“construção de um setor da saúde suplementar cujo o principal interesse a produção de saúde. Um setor que seja centrado no usuário, que realize ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, que observe os princípios de qualidade, integralidade e resolutividade, que tenha uma concepção incluyente de todos os profissionais de saúde, que respeite o controle social, que esteja completamente articulado com o Ministério da Saúde e cujo o órgão regulador seja também preocupado com a qualificação de seu processo regulatório.”(SCAFF, 2007)

Então, desde que o sistema privado de atenção à saúde foi regulamentado, em 1988, com a publicação da Lei nº 9.656/98 e suas

sucessivas alterações, além da implantação da ANS, as empresas operadoras, sejam elas de quais segmentos forem, têm procurado se ajustar e enquadrar-se aos padrões e normas estabelecidas visando a um equilíbrio financeiro interno e à satisfação de seus usuários e a dos prestadores de serviços. E essa tarefa não tem sido fácil perante os desafios e as exigências impostas pela agência reguladora.

A implantação da ANS auxilia na regulação do setor de saúde suplementar, no entanto, é apenas utilizada para os planos individuais e limitada aos planos pós 1999. Ocké-Reis (2007) enfatiza que se a ANS continuar regulando apenas os planos individuais pode-se perder o sentido da Agência e, há necessidade de ampliação da regulamentação consolidando ações regulatórias na interface público-privado.

Essa ampliação é necessária quando se observa que a maior parte (74,9%) dos planos de saúde comercializados no Brasil situa-se na modalidade coletiva (ANS, 2008b) e que esses são adquiridos pelas empresas em geral diferindo apenas no seu modo de aquisição, sendo voluntária ou compulsória, e em muitos casos com existência de co-pagamento.

A ANS (2008c) afirma que nesta modalidade coletiva de planos de saúde não existe uma necessidade de regulação da mesma maneira que na modalidade individual, pois como os contratos são estabelecidos pelas operadoras e pelas empresas empregadoras podem-se negociar os valores dos contratos dependendo do número de funcionários que serão contemplados com os planos de saúde o que, segundo a ANS, oferece uma maior possibilidade que o próprio mercado regule os preços.

Por outro lado, o IDEC (2007) referencia que os planos de saúde com contratos coletivos por não estarem sob a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar sofrem reajustes de preços sem previsão e/ou por sinistralidade e cancelamentos de contrato unilateralmente, bem como, restrições de contrato devido ao desligamento da empresa.

Para Cechin (2008) foi a regulação e o aumento do risco dos planos individuais para as operadoras, que necessitam cumprir regras mais rígidas que produziram o encolhimento dos planos individuais diante dos coletivos.

Silva (2003) relata que na relação das operadoras e os prestadores de serviço

“O nível de desconfiança e de desequilíbrio da relação é tão forte que, com um cenário desastroso sendo continuamente desenhado por ambas as partes, cada uma delas acredita que

o outro negócio deva ser melhor que o seu. (SILVA, 2003. p. 36)”

Essa relação é delicada devido às operadoras empregarem, atualmente, dois tipos de estratégias para a prestação de serviço: 1) rede própria; 2) rede credenciada.

Na primeira, a operadora é empregadora dos recursos humanos e na segunda coordena redes terceirizadas de prestação de serviço mediante pagamento direto ou reembolso ao prestador. Essa remuneração é feita quase na sua totalidade num sistema em que se paga um valor pré-estabelecido para cada atividade realizada, porém este modelo cria interesses opostos pelas partes. Por um lado, o prestador de serviço visa a atender uma quantidade maior de procedimentos, pois assim, maior será o valor de sua remuneração. Por outro lado, as operadoras desejam menos atendimentos e maior resolubilidade para que a ela obtenha maiores lucros (CECHIN, 2008).

A ANS fez um esforço para criar alguns instrumentos de contratualização, entre 2003 e 2005, buscando maior transparência nas relações entre as operadoras e os prestadores de serviço conseguindo um avanço de possuir mais de 80% do mercado contratualizado com poucos problemas residuais. Este esforço abriu espaço para o avanço na melhoria destas relações (SANTOS, 2008).

Na tentativa de ajustar essas relações, no ano de 2007, todas as empresas operadoras implantaram o novo Plano de Contas estabelecido pela ANS, além de ajustarem suas reservas técnicas. Ainda, a implantação da Troca de Informações de Saúde Suplementar - TISS, padronizou as guias preenchidas nos diversos prestadores de serviços médicos e odontológicos; e a instituição do Programa de Qualificação, cujo principal interesse é a produção da saúde, com a realização de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, são parte de um investimento humano e tecnológico que cada empresa estará dispondo em curto prazo.

A ANS (2007) através do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar qualificou 1123 operadoras, de um total de 2000 que enviaram formulários no ano de 2006. Essas operadoras responderam a 40 milhões de beneficiários, ou seja, 92% do total do Brasil no ano em questão, evidenciando assim, uma melhoria na qualidade da regulação do setor de saúde suplementar seja pelo aumento do número de operadoras qualificadas em relação ao ano de 2005 que foi 906 de um total de 2048, seja pelo fato de estas empresas responderem pela maioria dos beneficiários.

Por outro lado, para atender as necessidades da Agência e as atreladas a uma redução de custos administrativos associada à economia de escala, algumas empresas, principalmente as localizadas nos grandes centros urbanos, estão se fundindo, sendo incorporadas ou até mesmo abrindo o seu capital, lançando ações na Bolsa de Valores, para uma rápida capitalização (ANS, 2007a).

Por outro lado, as operadoras de pequenas localidades onde operam isoladamente e não têm o risco da eminente concorrência, deverão unir forças, por meio de suas entidades representativas, a fim de garantir o acesso às informações e à troca de experiências (ANS, 2007).

Frente a isso, Ocké-Reis (2007) levanta a hipótese de que as empresas líderes criaram um cerco à política regulatória da ANS pressionando o reajuste de preços dos planos individuais antigos. Evidenciado através do resguardo oferecido às operadoras por determinação do Supremo Tribunal Federal que estabeleceu que os planos de saúde, denominados antigos, de ocorrência anterior à criação da Agência não podem ser submetidos a sua regulamentação.

3.4.6 A Cobertura

Em 2000, havia 33 milhões de beneficiários no setor saúde suplementar correspondendo a 19,7% da população brasileira da época. Em 2006, o setor de planos privados de assistência à saúde envolvia mais de 40 milhões de vínculos de beneficiários, 23,8% da população brasileira. Destes, aproximadamente, 85% são de vínculos a planos de assistência médica com ou sem odontologia e 15% a planos exclusivamente odontológicos; duas mil empresas operadoras; e milhares de prestadores de serviços – entre médicos, dentistas e outros profissionais de saúde - em hospitais, laboratórios, clínicas e consultórios (ANS, 2006).

Em 2009, são mais de 50 milhões de beneficiários, correspondendo a 28,9% da população do Brasil; 76,43% de assistência médica com ou sem odontologia e 23,57% de planos exclusivamente odontológicos e 1701 operadoras em atividade (ANS, 2009b).

Tabela 1: Número de habitantes, beneficiários, operadoras e planos de saúde do Brasil e sua variação percentual, entre 2000 a 2009.

	Brasil					
	População	Δ%	beneficiários	Δ%	operadoras	Δ%
2000	169.799.170		33.450.369		2723	
		1,52%		2,81%		-0,51%
2001	172.385.776		34.393.165		2709	
		1,30%		1,65%		-11,14%
2002	174.632.932		34.962.041		2407	
		1,28%		2,62%		-5,56%
2003	176.876.251		35.880.069		2273	
		1,26%		8,07%		-4,17%
2004	179.108.134		38.778.637		2178	
		2,83%		6,83%		-3,99%
2005	184.184.074		41.428.362		2091	
		1,40%		7,27%		-1,14%
2006	186.770.613		44.442.304		2067	
		1,37%		7,64%		-6,62%
2007	189.335.191		47.841.749		1930	
		0,14%		8,45%		-8,70%
2008	189.612.814		51.885.757		1762	
		2,17%		8,07%		-3,46%
2009	193.733.795		56.070.666		1701	

Destes 56 milhões de beneficiários, a grande maioria, 76% possui cobertura assistencial do tipo coletivo¹⁴. Isto exclui os clientes de esquemas particulares administrados diretamente pelas instituições públicas como os institutos de previdência estaduais e municipais e pelas forças armadas.

Em 1998 foram contabilizadas pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad/IBGE 9.673.993 pessoas cobertas por planos categorizados como “instituição de assistência ao servidor público” e 29.003.607 de planos denominados “empresas privadas” (BAHIA, 2001).

¹⁴ plano coletivo - é um plano privado de assistência a saúde de contratação coletiva oferecida pela operadora de plano privado de assistência a saúde a massa populacional vinculada a uma pessoa jurídica por emprego, associados ou sindicato, podendo ser empresarial (automática) ou por adesão (opcional) (BRASIL - ANS - GLOSSÁRIO TEMÁTICO: SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009b, p.56).

De acordo com o Pnad/IBGE, em 2003, estimou-se em 43.202.545 de pessoas cobertas por pelo menos um plano de saúde. Desses 34.198.206 pessoas (79,2%) estavam vinculadas a planos de saúde privados (individual ou coletivo); os restantes, 9.004.339 de pessoas (20,8%) estavam cobertos por planos de instituição de assistência ao servidor público (municipal, estadual ou militar). Verificou-se um aumento da participação dos planos privados (79,2%) em relação ao observado em 1998 (75%), entretanto, esse aumento pode ter sido gerado pela exclusão dos servidores públicos federais dos planos de “instituição de assistência ao servidor público”, pelo fato de que os planos voltados a esses servidores eram todos privados (IBGE, 2005).

Em 2008, a estimativa de cobertura era de 25,9% da população brasileira por pelo menos um plano. E 77,5% vinculado a empresas privadas e 22,5% a planos de assistência ao servidor público (BRASIL, PNAD - saúde, 2008).

Contudo, essa classificação, pressupondo uma dicotomia, entre os esquemas assistenciais de servidores públicos civis e militares da administração direta e aqueles voltados aos empregados de empresas estatais, privadas e compradores individuais, exprime apenas uma localização inicial das clientelas (BAHIA, 2001).

Na realidade brasileira, parte dos servidores públicos da administração direta está vinculada ao segmento comercial do mercado de planos e seguros-saúde e, por outro lado, empresas privadas organizam planos próprios sem fins lucrativos. Ou seja, não há uma relação unívoca entre a natureza jurídico institucional da empresa empregadora e a das empresas que comercializam/ofertam planos/seguros saúde. Portanto, parte das pessoas classificadas pela Pnad como clientes de planos de servidor público integra o mercado privado de planos de saúde (BAHIA, 2001).

Em dezembro de 2009, segundo a ANS, havia um total de 31.458.028 beneficiários de planos coletivos, 56,1% do total de beneficiários de planos de saúde. Desse percentual, 40,52% estão concentrados nas faixas etárias economicamente ativas, dos 20 aos 39 anos.

Por outro lado, os beneficiários de planos de saúde individuais, correspondem a 9.233.467, sendo a sua maior concentração na faixa etária de 0 a 9 anos (16,47% do total de beneficiários), e as demais faixas etárias até 59 anos correspondem a 64,75% e acima de 60 anos, 17,65% (ANS, 2009b).

A receita das operadoras de planos de saúde encontra-se em plena expansão. Entre 2003-2009 o incremento de receita foi de 223,30% sendo que entre 2006-2007 houve o maior acréscimo de receita do período, 124,34% (ANS, 2009b).

A rentabilidade ajuda a explicar o aumento no número de operadoras de planos de saúde exclusivamente odontológicos. Segundo ANS, (2009 c, p. 82) a referência mais importante quanto à rentabilidade diz respeito ao retorno sobre o Patrimônio Líquido, o qual tem sofrido volatilidade elevada nos últimos anos, porém, “na média, o setor de saúde suplementar tem operado com índices em torno de 5 %, enquanto o setor odontológico situa-se no patamar de 7% no mesmo período”.

Ainda afirma que a expansão do segmento odontológico se deve, primariamente, pela atratividade do negócio e, secundariamente, pelos incentivos gerados pela organização em cooperativas, ocasionando a redução de custos, sinergia operacional, e bons fundamentos econômico-financeiros (ANS, 2009 c)

Vieira e Costa (2008) complementam afirmando que o setor de planos de saúde odontológicos é altamente rentável com grande capacidade na geração de receitas que favorecem o crescimento e a permanência destas empresas no mercado.

3.4.7 As diferenças entre a assistência e os planos médicos e odontológicos

Os planos médico-hospitalares possuem uma quantidade de estudos muito superior em relação aos planos odontológicos. Isso devido ao fato de que uma grande parcela dos estudiosos considera a saúde bucal com características comuns às da saúde como um todo.

Entretanto, a odontologia possui diferenças marcantes da medicina e, portanto, também, são diferentes os seus planos e assistências, como por exemplo, nos aspectos operacionais.

Segundo Covre e Alves (2002, p.27) as principais diferenças entre as assistências médicas e odontológicas são:

1- as principais doenças bucais são apenas duas, já na medicina são inúmeras;

2- a previsibilidade de acontecimento de doenças bucais é alta, enquanto na medicina a previsibilidade de ocorrência de doenças ainda é baixa;

3- o número de especialidades: na odontologia existem 17¹⁵, enquanto na medicina, 66;

4- o custo do diagnóstico na odontologia (geralmente exige apenas radiografias) é menor que na medicina (diversos exames);

5- maior possibilidade de escolha dentre os procedimentos existentes para um mesmo tratamento odontológico (ex.: diversos tipos de materiais para a confecção de uma prótese unitária implica diferentes preços). Já na medicina, normalmente não existem muitas alternativas, o que pode justificar a maior sensibilidade dos indivíduos às mudanças de preços dos serviços odontológicos, bem como uma maior possibilidade de poder de mercado por parte das empresas médicas.

6- Na odontologia existem formas de se prevenir o surgimento de doenças bucais e a resposta à prevenção é mensurável (doenças bucais não são tão imprevisíveis);

7- com exceção de acidentes ou dores de dente, a necessidade de tratamento odontológico raramente pode ser considerada uma emergência e, relativamente às doenças médicas, raramente há risco de vida nos casos de doenças bucais. Por conseguinte, os indivíduos podem se planejar “livremente” em relação a quando realizar um tratamento odontológico (comum o adiamento do tratamento mesmo na presença de doenças bucais);

8- a característica acima possibilita maior liberdade na escolha do profissional - mais um motivo que o torna mais sensível às alterações nos preços dos procedimentos odontológicos. Na presença de uma doença, o indivíduo tende a ficar disposto a pagar qualquer quantia para a realização do seu tratamento.

9- doenças bucais são crônicas e não comunicáveis. Isto é, apesar de a doença cárie ser infecto-contagiosa, ela não é capaz de provocar epidemias.

10 - Na odontologia, após a primeira consulta, o paciente normalmente fica sabendo quanto tempo será necessário para finalizar o tratamento indicado. Já na medicina, o término do tratamento tende a não poder ser estabelecido.

¹⁵ Segundo a Portaria do Conselho Federal de Odontologia de 2001 (CFO 22/2010) as especialidades odontológicas são 19, nominadas a seguir: cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial; dentística; disfunção temporo mandibular e dor orofacial; endodontia; estomatologia; implantodontia; saúde coletiva; imagiologia dentomaxilofacial; odontologia legal; odontopediatria; ortodontia; patologia bucal; periodontia; prótese bucomaxilofacial; ortopedia facial dos maxilares; prótese dentária; odontologia do trabalho; odontologia para pacientes com necessidades especiais.

Também, segundo Covre e Alves (2002), as diferenças entre os planos médico-hospitalares e odontológicos são:

1- quando um indivíduo adquire um plano médico-hospitalar, seu objetivo é se proteger financeiramente contra perdas em sua renda decorrentes do risco de adoecimento. No caso da odontologia, este risco é razoavelmente conhecido, pode ser prevenido, e o gasto esperado é menor comparativamente aos gastos médicos. Esta primeira diferença já implica distinções na abordagem de estruturação dos planos odontológicos.

2- em função das peculiaridades da odontologia, o gerenciamento dos riscos e dos custos tende a ser mais acurado que nos planos médico-hospitalares;

3- a maioria dos planos médico-hospitalares trabalha com uma alta sinistralidade, porém com uma baixa frequência (enquanto a maioria dos beneficiários não se encontra hospitalizada, aqueles que estão hospitalizados incorrem em altos custos). No caso dos planos odontológicos, ocorre o contrário: há uma alta frequência de eventos de baixo custo (a maioria da população possui algum tipo de doença bucal a ser tratada e a maioria das doenças bucais tratáveis a custos menores que as doenças médicas). A taxa de sinistralidade em dezembro de 2009, segundo a ANS (2009c) para os planos médico-hospitalares é de 82,8 e para os planos exclusivamente odontológicos apenas 48,7.

4- muitos procedimentos odontológicos podem ser repetidos e, caso não sejam bem feitos, podem ser corrigidos. Tal fato não ocorre na medicina: muitos erros médicos ou procedimentos realizados com baixa qualidade, uma vez realizados, são irreversíveis.

5- a frequência de utilização nos planos odontológicos coletivos se comporta de forma diferenciada dos planos médico-hospitalares. Naqueles, após um pico de utilização inicial, existe uma tendência de estabilização, reduzindo os custos e a sinistralidade ao longo do tempo.

6- as operadoras de planos odontológicos tendem a criar mecanismos que incentivem os beneficiários a frequentarem o dentista regularmente, uma vez que seus custos aumentam quando o tratamento é adiado, e este adiamento é uma prática frequente entre os usuários.

7- procedimentos odontológicos são altamente rastreáveis, ou seja, podem ser averiguados radiograficamente e podem auxiliar na avaliação de sua qualidade. As auditorias radiológicas são relativamente fáceis e resultam em uma relação custo/benefício positiva. Geralmente, cinco ou mais dólares são economizados para cada um dólar investido em auditoria odontológica.

8- estruturas de relacionamento entre os agentes: o setor de operadoras de planos médicos possui uma rede de contratos muito mais abrangente (hospitais, clínicas, laboratórios, medicamentos) que o setor de operadoras de planos exclusivamente odontológicos.

9- nos planos odontológicos não há uma relação direta entre o aumento da idade do usuário e seu nível de utilização.

Entretanto, alguns desses pontos geram discordâncias entre médicos e cirurgiões-dentistas. Um dos pontos controversos é o fato de que erros em procedimentos odontológicos podem ser corrigidos. Por um lado, há o ciclo restaurador repetitivo, em que se refaz o trabalho várias vezes desgastando as restaurações mas, também, tecido dentário sadio. Por outro lado, há ainda o fato de que alguns procedimentos, quando mal realizados, podem causar a perda do elemento dental, considerado uma amputação. Essa discordância deve-se, principalmente a não valorização ou não consideração da perda dentária como um problema grave (PIETROBON, et al, 2008).

3.4.8 A assistência, planos odontológicos e mercado de trabalho na odontologia

O segmento operador de planos odontológicos vive, atualmente, um momento extraordinário dentro do sistema privado de atenção à saúde. A trajetória ascendente evidencia que, cada vez mais, a população está contratando os serviços destas operadoras, sejam eles planos coletivos ou individuais (PIETROBON et al, 2008; MANFREDINI, 2009).

Segundo Vieira (2007) o mercado de planos de saúde odontológicos tem crescido não somente por questão empresarial como também como uma alternativa dos profissionais na manutenção da sua inserção no mercado de trabalho conservando a sua autonomia profissional e pagamento direto por parte dos pacientes.

Dados da ANS (2009b) demonstram que o segmento odontológico saltou de 2.757.935 de beneficiários, em 2000, 4.456.054 em 2003, 7.704.489 em 2006, e para 13.213.794 em 2009. Este total representa uma cobertura de 6,9% da população brasileira e um crescimento, nos últimos nove anos, de cerca de 479,11% (ANS, 2006; 2009b; 2010).

Tabela 2: Número de habitantes, beneficiários, operadoras de planos de saúde exclusivamente Odontológicos do Brasil e sua variação percentual, entre 2000 a 2009.

Brasil - exclusivamente odontológicos						
	população	Δ%	beneficiários	Δ%	operadoras	Δ%
2000	169.799.170		2.757.935		719	
		1,52%		17,47%		0,00%
2001	172.385.776		3.239.620		719	
		1,30%		18,30%		-8,21%
2002	174.632.932		3.832.514		660	
		1,28%		16,27%		-5,00%
2003	176.876.251		4.456.054		627	
		1,26%		23,37%		-3,99%
2004	179.108.134		5.497.580		602	
		2,83%		17,08%		-5,81%
2005	184.184.074		6.436.310		567	
		1,40%		18,49%		2,12%
2006	186.770.613		7.626.220		579	
		1,37%		20,62%		-4,49%
2007	189.335.191		9.198.704		553	
		0,14%		19,45%		-10,85%
2008	189.612.814		10.988.214		493	
		2,17%		12,10%		-3,04%
2009	193.733.795		13.213.794		478	
Δ%(2000-2009)		14,10%		379,11%		-33,54%

Fonte: ANS, dezembro/2009; março/2010.

A quantidade de operadoras exclusivamente odontológicas ativas sofreu uma queda do número, de 719 no ano 2000 para 478 em 2009. Isso significa uma variação percentual negativa de 33,52%.

A receita destas operadoras, no período de 2001 a 2005, aumentou em, aproximadamente, 112%. Entre 2003 e 2009 a receita das operadoras de planos exclusivamente odontológicos foi de 188,88%. Essa expansão foi maior entre os anos de 2003 e 2007 quando a média foi de 22% ao ano; após esse período, o crescimento foi de 9% em média.

Entre 2005 e 2006, embora o crescimento tenha se verificado em todas as modalidades de operadoras de planos odontológicos, é na Odontologia de Grupo que os números ficam mais evidentes: um acréscimo de 764 mil novos beneficiários, totalizando uma carteira de

mais de 4.600 milhões de vidas que representam 62,87% de todo o segmento odontológico.

Em segundo lugar, as cooperativas odontológicas com 21,47% do mercado, seguidas de medicinas de grupo com planos odontológicos (7,59%); seguradoras (7,05%); autogestões (0,46%); cooperativas médicas com planos odontológicos (0,41%); e, filantropias (0,15%).

Gráfico 2 – Relação do tipo de operadora e sua percentagem de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos

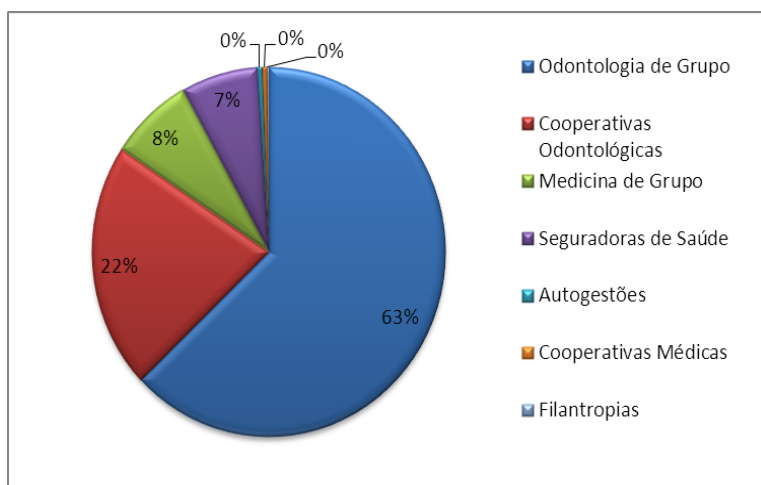


Tabela 3 – Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial e modalidade de operadora (Brasil 2000-2009)

Mês e ano	Assistência médica com ou sem odontologia							
	Total	Autogestão	Cooperativa médica	Cooperativa odontológica	Filantropia	Medicina de grupo	Odontologia de grupo	Seguradora especializada em saúde
dez/00	30.692.434	5.256.051	7.804.737	-	1.107.768	11.919.732	-	4.603.257
dez/01	31.153.545	5.199.533	8.178.619	-	1.101.008	12.081.539	-	4.586.932
dez/02	31.129.527	5.211.274	8.262.735	-	1.070.784	12.238.334	-	4.340.602
dez/03	31.424.015	5.032.756	8.877.376	-	997.683	12.057.254	-	4.453.993
dez/04	33.281.057	5.179.965	9.723.434	-	1.068.885	13.019.124	-	4.284.736
dez/05	34.992.052	5.144.578	10.729.224	-	1.124.479	13.937.603	-	4.056.168
dez/06	36.816.084	5.166.353	11.836.185	-	1.200.846	14.629.419	-	3.983.281
dez/07	38.643.045	5.174.441	12.910.418	-	1.308.010	14.967.815	-	4.282.361
dez/08	40.897.543	5.202.415	13.960.921	-	1.355.365	15.517.274	-	4.861.568
set/09	41.892.990	5.138.297	14.719.300	-	1.356.809	15.763.833	-	4.914.751

(continuação)

Mês e ano	Exclusivamente odontológico							
	Total	Autogestão	Cooperativa médica	Cooperativa odontológica	Filantropia	Medicina de grupo	Odontologia de grupo	Seguradora especializada em saúde
dez/00	2.757.935	56.746	7.486	634.204	479	102.754	1.713.042	242.524
dez/01	3.239.620	59.834	9.832	780.664	684	112.021	1.968.076	307.212
dez/02	3.832.514	50.430	24.324	969.986	933	141.713	2.288.252	356.872
dez/03	4.456.054	24.457	44.208	1.139.212	2.441	214.127	2.639.137	392.472
dez/04	5.497.580	30.131	43.291	1.286.419	5.238	412.925	3.278.561	441.015
dez/05	6.436.310	32.075	60.293	1.450.306	8.277	526.756	3.827.352	531.251
dez/06	7.626.220	37.273	73.423	1.622.372	10.736	670.472	4.631.392	580.552
dez/07	9.198.704	39.720	81.151	1.799.501	14.668	788.532	5.708.635	766.497
dez/08	10.988.214	55.424	98.471	2.038.871	14.085	1.083.256	6.513.423	1.184.684
set/09	12.317.647	53.877	115.962	2.297.952	12.886	1.375.484	7.061.982	1.399.504

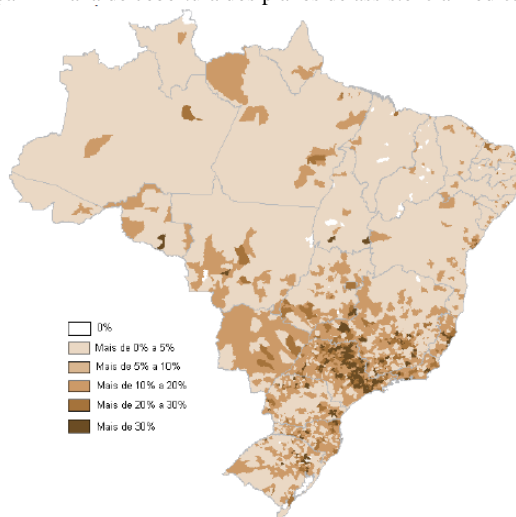
(conclusão)

Mês e ano	Total							
	Total	Autogestão	Cooperativa médica	Cooperativa odontológica	Filantropia	Medicina de grupo	Odontologia de grupo	Seguradora especializada em saúde
dez/00	33.450.369	5.312.797	7.812.223	634.204	1.108.247	12.022.486	1.713.042	4.845.781
dez/01	34.393.165	5.259.367	8.188.451	780.664	1.101.692	12.193.560	1.968.076	4.894.144
dez/02	34.962.041	5.261.704	8.287.059	969.986	1.071.717	12.380.047	2.288.252	4.697.474
dez/03	35.880.069	5.057.213	8.921.584	1.139.212	1.000.124	12.271.381	2.639.137	4.846.465
dez/04	38.778.637	5.210.096	9.766.725	1.286.419	1.074.123	13.432.049	3.278.561	4.725.751
dez/05	41.428.362	5.176.653	10.789.517	1.450.306	1.132.756	14.464.359	3.827.352	4.587.419
dez/06	44.442.304	5.203.626	11.909.608	1.622.372	1.211.582	15.299.891	4.631.392	4.563.833
dez/07	47.841.749	5.214.161	12.991.569	1.799.501	1.322.678	15.756.347	5.708.635	5.048.858
dez/08	51.885.757	5.257.839	14.059.392	2.038.871	1.369.450	16.600.530	6.513.423	6.046.252
set/09	54.210.637	5.192.174	14.835.262	2.297.952	1.369.695	17.139.317	7.061.982	6.314.255

Fonte: ANS, 2009b.

Ao acompanhar a lógica da distribuição geográfica da população brasileira e das operadoras de planos odontológicos nas cinco regiões do país, verifica-se o Sudeste com 10,7%; Centro-Oeste 5,5%; Sul 4,4%; Nordeste 4% e Norte 3% do total de beneficiários (ANS, 2010).

Mapa 1 – Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por município

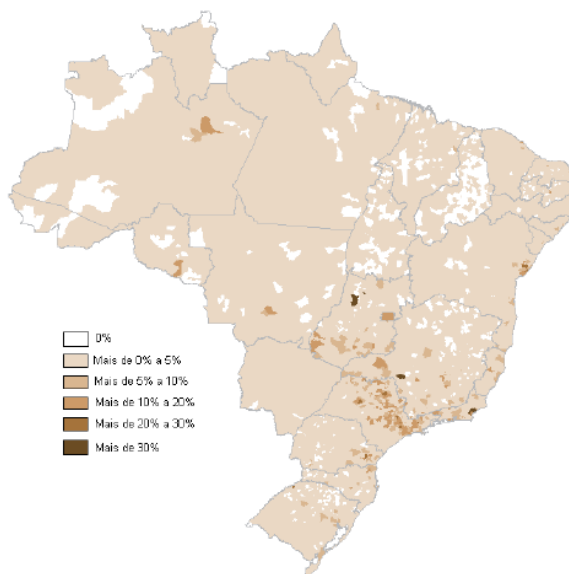


Fonte: ANS, 2009b.

O mapa acima demonstra que a taxa de cobertura dos planos de assistência à saúde está concentrado nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul sendo de menor expressão nas regiões Norte e Nordeste, entretanto, estas constituem regiões propícias para a expansão (ANS, 2009b; 2010).

Manfredini (2009) estima que os planos de saúde odontológicos possam expandir 300% nos próximos 5 anos, chegando a um total de 40 milhões de beneficiários.

Mapa 2 – Taxa de cobertura dos planos exclusivamente odontológicos por município (Brasil – setembro/2009)



Fonte: ANS, 2009b.

Ao se analisar somente a Região Sul, observa-se em dezembro de 2006, 622.940 novos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, sendo destes 545.641 coletivos e 77.299 de tipo individual. Estes, somados a 165.614 beneficiários anteriores totalizam 788.554 usuários na região sul. A taxa percentual de cobertura dos planos exclusivamente odontológicos é variável de 2,1% a 3% na Região Sul.

Isto mostra que há, ainda pela frente, uma demanda a ser suprida e um longo caminho a percorrer para que os planos odontológicos alcancem um número maior de pessoas, já que as políticas públicas de promoção e atenção da saúde bucal à população ainda não são suficientes.

Para o caso dos planos odontológicos, sejam eles coletivos, aqueles contratados pelas empresas como benefício a seus funcionários, ou os individuais, advindos da contratação por pessoas físicas, vislumbram-se várias oportunidades e desafios para a sua consolidação.

Do total de beneficiários dos planos odontológicos em 2006, 82,25% enquadram-se na modalidade coletiva, em 2009 são 84,30%. A

discrepância deste número em relação aos planos individuais (14,26%) está em considerar que, em geral, o benefício que as empresas concedem a seus colaboradores, como forma de atender às reivindicações sociais nos dissídios e convenções coletivas, é de baixo impacto financeiro e de intensa capacidade de gerar melhoria na autoestima do trabalhador, uma vez que o sorriso bonito e a dentição sadia melhoram sua qualidade de vida. É parte da questão cultural da população a qual difere a sua percepção da importância da saúde bucal.

Segundo a ANS (2006), mesmo os planos individuais, que representam hoje a menor porcentagem de participação no segmento odontológico, têm um mercado promissor a ser desbravado se novas possibilidades de atuação forem exploradas. Mas é óbvio também saber que o crescimento de qualquer setor, como é o esperado para o odontológico, depende diretamente do desempenho da economia do país.

Como se vê atualmente, o Brasil passa por uma boa fase de investimentos externos, risco-país em baixa, reservas internacionais elevadas, um congresso recém-empossado e um pretendido plano de aceleração do crescimento (PAC) implantado pelo governo com medidas para reduzir impostos de alguns setores e permitir investimentos em infraestrutura. Cabe ao empresário, neste momento, ter a iniciativa concreta de sair de seu patamar para crescer com solidez e segurança. (ANS, 2006).

Na década de 1990, as características do mercado de trabalho na área odontológica sofreram mudanças significativas. Alterações no contexto mundial como a abertura comercial e o fenômeno da globalização acabaram por ampliar a competitividade no setor privado e, por conseguinte, na ocupação e rendimento dos indivíduos (JUNQUEIRA et al., 2005). Tais mudanças são sentidas na odontologia e no setor saúde de um modo geral.

A odontologia desenvolveu-se como uma profissão autônoma desde seus primórdios e até a década de 1980 se via limitada a prática em clínicas ou consultórios particulares (PEREIRA e col.; 2009). Uma expansão efetiva e contínua no número de profissionais em atividade no país após a segunda metade do século XX e, apesar de em 1990, o Brasil possuir 11% dos cirurgiões-dentistas em atividade do mundo e em 2010 o número de cirurgiões-dentistas no Brasil ultrapassar os 200 mil significando 1 dentista para cada 882 habitantes, não significou aos brasileiros melhores condições de saúde bucal (PINTO, 1992; MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010).

Também é importante frisar que a crise do modelo liberal da profissão, representada até poucos anos essencialmente por consultórios privados, exige dos profissionais uma reavaliação na forma de organização e de atendimento. As mudanças no mercado de trabalho devem levar em conta a participação das empresas de odontologia de grupo e administradoras de convênios (SILVEIRA; OLIVEIRA, 2002).

A literatura ainda demonstra que devem ser levados em conta não somente os interesses das empresas mas, também, as reivindicações dos profissionais responsáveis pelo atendimento. Desse modo, pode ser concretizada a realização das necessidades dos usuários, as quais são viabilizadas pelo sistema de pré-pagamento ou de convênio (SILVEIRA; OLIVEIRA, 2002). Os mesmos autores puderam evidenciar que a modalidade de atendimento representada pelos planos odontológicos é reconhecida pelos cirurgiões-dentistas, possivelmente em virtude da crise no mercado liberal, demonstrada pelo interesse que os profissionais apresentam em firmar convênio com as empresas.

A odontologia de grupo tem contribuído para a expansão da atividade atingindo uma maior parte da população e corresponde a 57,33% do total de beneficiários dos planos exclusivamente odontológicos. Outra vantagem da emergência deste ramo é que os profissionais acreditam ser uma possibilidade de aumento da sua renda e clientela (SERRA et al., 2000).

Os autores observaram que grande parte de profissionais trabalha com algum tipo de odontologia de grupo, por meio de contratos, realizando o atendimento em seus próprios consultórios, mais comumente através do sistema de cooperativas. As cooperativas odontológicas correspondem a 18,66% do total de beneficiários dos planos exclusivamente odontológicos (SERRA et al., 2000; ANS, 2009c).

Salientam ainda que a maior parte dos cirurgiões-dentistas relata estarem insatisfeitos com relação a sua participação no sistema de odontologia de grupo. No entanto, apesar da insatisfação, somente uma pequena parte dos profissionais pretende se desligar do sistema de odontologia de grupo (SERRA et al., 2000).

Segundo Vieira (2007), um fator que pode explicar o crescimento das operadoras de planos de saúde odontológicos é o ritmo acelerado da oferta de profissionais no mercado. A autora salienta que o mercado de planos odontológicos cresce condicionada à estratégia dos profissionais da classe odontológica em permanecerem inseridos no mercado com autonomia e acesso direto ao financiamento dos clientes (VIEIRA, 2007).

Um aspecto importante com relação aos planos de sistema de saúde e de seguros odontológicos diz respeito aos critérios usados para a seleção dos profissionais participantes. Tal fato é relacionado diretamente também com a qualidade da prestação dos serviços. O processo de credenciamento é importante para obtenção da eficiência, para a qualidade e a satisfação dos usuários. Apesar da importância destes aspectos, nem sempre os mesmos são levados em conta, como demonstra o estudo realizado por Sekulic et al. (2003).

Os autores, avaliando empresas do ramo, puderam perceber que a preocupação com a formação, a habilidade e a competência do profissional são inexpressivas no momento do credenciamento. Os autores enfatizam ainda que a adoção de critérios adequados para seleção e credenciamento de cirurgiões dentistas poderia garantir a qualidade do produto oferecido aos usuários, pois os prestadores de serviço são, em grande parte, responsáveis pela manutenção da boa imagem do plano (SEKULIC et al, 2003).

Segundo dados do IBGE de 2009, o Estado de Santa Catarina conta atualmente com o contingente populacional de 6.118.743 habitantes. O número de cirurgiões dentistas em atividade, em junho de 2009, é de 7.977, que resulta numa relação aproximada de 735,44 habitantes por profissional devidamente inscrito (CRO/SC, 2010).

Tabela 4 – Total de beneficiários da Região Sul, Estado de Santa Catarina e sua variação percentual e os beneficiários exclusivamente odontológicos, 2003-2009.

	SUL - Santa Catarina					
	Sul /benef	Δ%	SC/benef	Δ%	SC/odonto	Δ%
2003	4.415.604		977.682		55.036	
		3,26%		4,69%		36,50%
2004	4.559.896		1.023.519		75.129	
		15,73%		16,69%		49,28%
2005	5.323.487		1.194.300		112.160	
		7,21%		15,79%		30,28%
2006	5.707.316		1.382.982		146.126	
		4,74%		4,00%		28,57%
2007	5.977.960		1.438.399		187.879	
		7,26%		7,62%		24,46%
2008	6.412.362		1.548.085		233.849	
		8,77%		0,76%		-9,12%
2009	6.974.805		1.559.980		212.509	

Fonte: ANS, 2010.

A abrangência de cobertura populacional no Estado de Santa Catarina é de 13,3% dos planos novos com assistência hospitalar (ANS, 2009b).

Como se pode observar na tabela acima, a expansão do setor suplementar na Região Sul, bem como, em Santa Catarina teve seu ápice entre 2004 e 2005. Por outro lado, quando observado o setor exclusivamente odontológico, a expansão foi maior e mais estável durante todo o período de 2003 a 2008.

Esses dados acompanham a progressão nacional de expansão do setor de saúde suplementar como um todo, e também, do setor exclusivamente odontológico.

3.5 Aspectos históricos e sociológicos da Odontologia

A prática da Odontologia, embora não como é conhecida hoje, remonta a um tempo muito anterior ao do homem contemporâneo. Na antiguidade o cirurgião-dentista era um curandeiro que atribuía às forças malignas qualquer problema de saúde bucal. Os meios de cura variavam entre simpatias e infusões à base de ratos, rãs e insetos (RING, 1998).

O barbeiro ou sangrador deviam ser fortes, impiedosos, impassíveis e rápidos. Os médicos, também conhecidos como físicos, e os cirurgiões, diante tanta crueldade, evitavam esta tarefa, alegando os riscos para o paciente como a possibilidade de morte por hemorragias e, ao que chamamos hoje, das inevitáveis infecções. Argumentavam que as mãos do profissional poderiam ficar pesadas e sem condições para intervenções delicadas. Os barbeiros e sangradores eram geralmente ignorantes e tinham um baixo conceito, aprendendo esta atividade com alguém mais experiente (ROSENTHAL, 1995).

No Brasil, a Odontologia praticada no século XVI, a partir de seu descobrimento, restringia-se quase que só às extrações dentárias. As técnicas eram rudimentares, o instrumental inadequado e não havia nenhuma forma de higiene e desconhecia-se a anestesia (ROSENTHAL, 1995).

No século XVII, os barbeiros cirurgiões que eram os encarregados ou especialistas nos males dentários, realizavam seu trabalho em praças de mercados dos povoados e cidades com pouca ou nenhuma medida de higiene. (RING, 1998).

No século XVIII, o francês Pierre Fauchard, por meio de seu grande tratado *Le Chirurgian Dentiste*, estabeleceu princípios científicos que caracterizaram a Odontologia como uma verdadeira profissão e é considerado como “Pai da Odontologia” ou fundador da odontologia moderna (RING, 1998; BOTAZZO, 2000; FREITAS, 2001).

Desde o momento em que Fauchard estabeleceu os princípios científicos e com a posterior evolução da ciência e das tecnologias relacionadas à Odontologia, as alternativas de tratamentos na área tornaram-se vastas. Entretanto, o acréscimo de tecnologia também ocasionou um acréscimo monetário no tratamento odontológico.

A primeira escola de Odontologia do mundo foi o Colégio de Cirurgia Dental de Baltimore (EUA), criado em 1840. No Brasil, a Odontologia, apêndice dos estudos em Medicina, começou a ser considerada como uma ciência somente no final do século XIX. Para Freitas (2001), a regulamentação da profissão e utilização da denominação de dentista foi institucionalizada apenas em 1856, a partir

de um decreto que exigia exames, entretanto, poucos dentistas optavam pela legalização.

No ano de 1884, surgiram os primeiros cursos através do Decreto nº 9.311 (25 de Outubro), anexos às Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e Bahia (Jornal APCD, 1995). E “manifestava o caráter eminentemente prático da profissão emergente, além do seu status inferior em relação à medicina (FREITAS, 2001, p.33). Apesar disso, a Odontologia não manteve o direcionamento de saúde como direito seguido até os dias atuais pela Medicina e sim, fundamentou-se em um modelo predominantemente privado de atividade autônoma (RODRIGUES, 2002) e visão de saúde como uma mercadoria.

A Odontologia, que durante muito tempo vivenciou a atividade ambulante, passou a fixar seu local de trabalho, pois o atendimento, com a evolução tecnológica, passa a necessitar de aparatos físicos e uma estrutura especial para atendimentos individualizados na boca dos clientes.

Em 1910, com a publicação do Relatório Flexner, emergiu a situação caótica e desorganizada do ensino médico nos Estados Unidos e consolidou e orientou o desenvolvimento das ciências médicas, do ensino e das práticas profissionais da área de saúde do século XX (MATOS, 2005).

Em 1926, o relatório elaborado por William J. Gies da Carnegie Foundation abordou especificamente a Odontologia e chegou a conclusões semelhantes à do Relatório Flexner (FINKLER, 2009)

Sendo que a principal origem da Odontologia é a medicina, os relatórios conferiram a ela um caráter mecanicista, biologicista, orientada mais para a cura do que para a prevenção, individualista e extremamente teórica, conceitos absorvidos pelos cursos norte-americanos (MATOS, 2005).

Entretanto, segundo Freitas (2001, p.39) a Odontologia Brasileira só aderiu ao Modelo Flexneriano após a década de 1960, ou seja, sofreu uma “flexnerização tardia” e relata alguns elementos estruturais comuns aos dois locais:

- a) Individualização – pela maneira como se construiu a odontologia não concebeu qualquer forma de atenção coletiva, pois já havia uma tradição de trabalho individual oriundo das cirurgias em que o ato era considerado emergencial e sistematicamente de risco, numa época sem anestesia e antibióticos;

- b) Especialização – a Odontologia nasceu como uma especialidade da medicina apesar de ser em uma época em que a clínica tinha um status maior que as especialidades;
- c) Tecnificação do ato médico – como uma especialidade da medicina, a Odontologia já nasceu tecnificada e cristalizou-se nesta posição, não acompanhando o avanço da clínica e da semiologia como na medicina;
- d) Ênfase na prática curativa – oriunda da cirurgia a Odontologia preocupou-se com a resolução cirúrgica e imediata, e por isso as praticas preventivas não tinham espaço.

A prática odontológica inseriu-se, então como um braço dos serviços médicos, entretanto, não evolui da mesma forma, principalmente porque a medicina transformou-se através de um processo de socialização, desenvolvendo os conceitos de saúde como direito enquanto a odontologia manteve-se firmemente arraigada durante muitos anos a sua prática de atividade autônoma.

A sua construção social traz algumas dificuldades para a evolução da complexidade do seu trabalho, pois, apesar de toda essa evolução, a sua área de atuação se restringe basicamente a 10 m². Devido a isso, o dentista mantém um relativo isolamento e atraso. Esse atraso está ameaçado devido à redução de rendimentos, por exemplo, e na necessidade de buscar alternativas para que essa relativa autonomia profissional seja mantida, alternativas essas como o assalariamento e o credenciamento a planos de saúde (MATOS, 2005).

A sua organização não é preconcebida somente pela sociedade e pelos participantes dos serviços de saúde, mas também pelas instituições que formam os recursos humanos em Odontologia. Assim, os profissionais e auxiliares que atuam na área, bem como a própria coletividade, vão formando uma ideia do que vem sendo realizado pelos trabalhadores de saúde bucal com relação aos atos curativos e mutiladores. Estas representações podem ser até contraditórias ou, até mesmo, diferentes da própria prática social e cultural que orienta estas ações nos mais variados espaços territoriais do mundo (CORDÓN, 1998).

A odontologia, sendo fruto da mesma origem da medicina, permite também outra dinâmica especial. A dinâmica de “estar no mundo do trabalho”. Trata-se de um profissional que “teve a mentalidade forjada no pressuposto da mentalidade de ir e vir, liberdade de escolha institucional para exercer seu ofício e, especialmente, no da

autonomia de decisão no pensar e fazer seu cotidiano profissional” (MACHADO, 1997, p.100).

Por outro lado, segundo Frazão e Narvai (2009, p.202), a prática de cuidar dos dentes, a prática odontológica, teve início, não como uma profissão embasada em princípios da ciência. Mas sim como uma ocupação com características artesanais laborais. O desenvolvimento da prática odontológica se deve, de acordo com os autores, à disseminação da cárie dentária como o resultado do consumo de açúcar (sua evolução). E a transformação decorrente no mercado de consumo dos serviços odontológicos ocorre devido a esse aumento da demanda (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

Matos (2005), analisando juntamente com os teóricos da sociologia e economia, afirma que a evolução da medicina, assim como das demais profissões de saúde, que a saúde não é nem um bem, nem um mercado como outro qualquer. O médico, como também o cirurgião-dentista, é um produtor de serviços e a profissão só tem um sentido dentro de um espaço econômico.

O modelo de prática odontológica no Brasil se encontra dentro do paradigma biomédico, reflexo do complexo médico-industrial-farmacêutico que, devido a sua ingerência política e econômica, acaba estabelecendo tanto na rede privada como na pública, um modelo de assistência individual, incapaz de oferecer à população brasileira as melhorias capazes de proporcionar diminuição significativa nos índices das doenças bucais (REIBNITZ JÚNIOR, 2007).

Este modelo é denominado por Narvai (1994) de odontologia de mercado, pois se caracteriza por prática centrada na assistência odontológica, realizada por um cirurgião-dentista em um consultório instalado na rede privada e destinada ao indivíduo que apresenta problemas bucais. Portanto, o atendimento ao indivíduo transforma os cuidados recebidos para o restabelecimento da sua saúde bucal em mercadorias passíveis de compra. O mais agravante de tudo é que este modelo de prática acaba influenciando de forma decisiva as ações desenvolvidas no setor público.

A prática profissional, segundo Caetano (1993, p. 122), sofre influência da força de trabalho disponível inserida no sistema social competitivo e visa somente à venda de seus serviços ou de terapias, e essa força vem sofrendo alterações internas devido à incorporação de novos elementos científicos e técnicos no processo de produção dos serviços de saúde.

Secco e Pereira (2005) parecem concordar com esta análise, pois entendem que há influência direta da indústria que fabrica os

equipamentos, medicamentos e materiais odontológicos nas demandas de mercado e na prática profissional e, por consequência, na prática docente e no ensino odontológico.

Para Belardinelli (apud CAETANO, 1993) os cirurgiões-dentistas estão buscando uma ampliação no mercado de trabalho e para isso, passaram a formalizar contratos com empresas, operadoras de planos de saúde, ou seja, estão se credenciando ou se conveniando a elas, com o intuito de aumentar a sua clientela, através do atendimento de seus conveniados ou beneficiários. O autor ainda enfatiza que esta relação é mais benéfica para quem usufrui do serviço do que para aquele que o presta.

Caetano (1993) enfatiza, também, que para os cirurgiões-dentistas as operadoras de planos de saúde representam um elemento estranho na relação entre o dentista e o paciente e por isso é um dispositivo de extinção da odontologia liberal a longo prazo.

Ainda existe, por parte dos profissionais, uma preferência em exercer a atividade profissional no mercado de trabalho na rede privada (MATOS, 2005). Fato comprovado por pesquisa encomendada pelos órgãos representativos da classe odontológica, realizada em 2003 em todo o território brasileiro por amostragem. Ao apresentar em seus resultados cerca de 89,6% dos cirurgiões-dentistas com exercício profissional em consultórios odontológicos localizados na rede privada de forma liberal/autônoma. Este dado demonstra privilégio a apenas aqueles que podem pagar os custos dos tratamentos (INBRAPE, 2003).

Entretanto, segundo D'Ávila, Oliveira, Lucas e Souza (2007) a prática odontológica atualmente sofre mudanças gradativas devido a um processo de queda da demanda de atendimentos, melhoria da saúde bucal da população, pelo decréscimo do poder aquisitivo e pelo aumento no número de profissionais que ingressam no mercado de trabalho.

A oferta de cirurgiões-dentistas é ampliada anualmente em ritmo superior ao do aumento da população em geral. O índice de dentistas por 10.000 habitantes passou de 3,28 em 1960 para 3,65 em 1970 e para 5,13 em 1980 (VIEIRA, 2007). Em 2005 era de 20,37 e em 2008 é de 21,96/10.000 habitantes (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010).

Essa ampliação no número de dentistas resulta em grande concorrência e em diminuição de pacientes com renda para custear o tratamento odontológico particular, contribuindo efetivamente para a adequação do mercado odontológico sob a organização de cooperativas ou como prestadores de serviço para operadoras de planos de saúde odontológicos (VIEIRA, 2007).

O cooperativismo, como modelo de prática odontológica, está se expandindo de maneira acelerada, principalmente nos últimos anos, e deveria visar à satisfação das três partes interessadas: o paciente, o profissional e instituição (ou operadora). No entanto, a cooperativa como a empresa precisa visar fundamentalmente à eficiência empresarial e econômica como qualquer empresa no sistema capitalista de mercado (CAETANO, 1993).

Então, no mercado de trabalho odontológico, o cirurgião-dentista inserido no sistema capitalista, situa-se como empresário ou como assalariado ou ainda como semi-assalariado tendo em vista a sua relação com as operadoras de planos de saúde tentando recriar um modelo secular de prática liberal no Capitalismo moderno (MOYSES, 1989; CAETANO, 1993).

Na tentativa de manutenção do exercício autônomo, o que ocorre é um ressurgimento do mercado privado e, através dos convênios e/ou credenciamentos, permitindo uma autonomia relativa, mas não total (MOYSES, 1989).

3.5.1 Aspectos Sociológicos da Profissão

Introduzindo o tema é necessário destacar que a sociologia “*não é uma atividade puramente especulativa e tampouco o simples reflexo da vida social e política de uma dada época ou coletividade*” (NUNES, 2007, p.17) e que especificamente a área da sociologia das profissões tem formulado interessante debate sobre as questões das corporações profissionais e sua dinâmica de organização. Desse modo, inicialmente, diversos autores concordam que, para existir uma profissão, é necessária a existência de um corpo esotérico de conhecimento e a orientação para um ideal de serviços (MACHADO, 1995).

Segundo Finkler (2009) o exemplo clássico de profissão, da Idade Média, é o sacerdote, indivíduo que, além de fazer promessa pública para cumprir obrigações, é aceito e reconhecido por sua posição diferente das demais pessoas e, partindo disso, diferenciaram-se as primeiras profissões, como médicos e advogados, no papel privilegiado de interferência na vida dos demais indivíduos da sociedade. A autora ainda complementa afirmando que este histórico ajuda a diferenciar “*o que é profissão e o que pode ser considerado processo de profissionalização*” (FINKLER, 2009, p. 49).

Segundo Ponte (1999), existem três autores cujas obras tornaram-se referência obrigatória na sociologia das profissões, Greenwood, Wilbert Moore e Harold L. Wilensky.

Greenwood desenvolveu seu trabalho na década de 1950, buscando definir o conceito de profissão a partir da identificação e da listagem de atributos capazes de distinguir a categoria profissional das demais ocupações. Wilbert Moore, ressaltou, já em fins dos anos 1960 e início dos 1970, a dificuldade de se identificar o tipo ideal ou as características essenciais capazes de distinguir o conceito 'profissão'. Procurando contornar o problema, Moore propôs alternativamente a elaboração de uma escala de atributos como parâmetro para a aferição do grau de profissionalização alcançado pelas diversas ocupações. Por último, tem-se ainda os trabalhos desenvolvidos por Harold L. Wilensky em meados da década de sessenta, cujos resultados também foram publicados em 1970. Partindo de extensa pesquisa em que comparava a trajetória de constituição de 18 profissões nos Estados Unidos, Wilensky propôs centrar o foco de análise no processo de profissionalização, procurando determinar suas características constitutivas e suas diversas etapas (PONTE, 1999).

O quadro a seguir descreve resumidamente os principais elementos utilizados pelos três autores na caracterização de seus respectivos quadros de referência para a abordagem do fenômeno da profissionalização (PONTE, 1999).

Quadro 1 – Caracterização do Fenômeno da profissionalização segundo os autores Greenwood, Moore e Wilensky.

Greenwood (1957: 44-55) atributos de uma profissão	Moore (1970: 4-19) escala de profissionalismo	Wilensky (1970:486/490) processo de profissionalização
a) um corpo sistemático de teoria , cujo aprendizado e consequente domínio requer treinamento tanto técnico quanto intelectual, diferenciando-o portanto daquele exigido pelas ocupações;	a) é uma ocupação de tempo integral , ou seja, o profissional passa a viver da remuneração obtida a partir do seu trabalho naquela atividade	a) o trabalho torna-se uma ocupação de tempo integral , devido à existência de demanda por seus serviços;
b) a autoridade profissional , fundada no treinamento intensivo em um corpo de teoria que, por sua vez, destaca a relativa ignorância do leigo e gera o sentimento de segurança do cliente. Tal autoridade, no entanto, é relativa à esfera de competência da atividade profissional;	b) se caracteriza pela vocação , o que sugere identidade do profissional com os valores difundidos pela profissão, aceitação de suas normas e modelos e identificação com seus pares;	b) criam-se escolas de treinamento que sistematizam transmissão do conhecimento;
c) a legitimação pública da autoridade , traduzida pela garantia de poderes e privilégios entre os quais se incluem: controle sobre o conteúdo do treinamento e, eventualmente sobre as escolas profissionais; controle sobre as formas de admissão à profissão e imunidade com relação ao julgamento por parte de leigos no que tange às questões técnicas;	c) possui organização que visa, sobretudo, à defesa dos interesses corporativos da ocupação, controlando também as formas de admissão e de exercício profissional. Em geral, adotam um código de ética que formaliza as normas de conduta dos profissionais;	c) cria-se a associação profissional , estabelecendo-se a identidade e o perfil corporativo da profissão;
d) a adoção de um código de ética , de modo a constringer o uso abusivo dos poderes e privilégios concedidos à profissão e evitar que os mesmos sejam eventualmente revogados pela sociedade;	d) possui um corpo de conhecimento formal complexo e teórico que é transmitido, via de regra, por universidades em cursos de longa duração;	d) a profissão é regulamentada , garantindo, assim, o seu monopólio de competência. O Estado concede a ocupação, a exclusividade legal sobre a prestação de determinados serviços no mercado, punindo aqueles que praticam a atividade sem o devido credenciamento para tal;
e) uma cultura profissional .	e) possui orientação para o serviço , isto é, destina-se a servir aos interesses dos clientes e da comunidade;	e) adota-se um código de ética com a finalidade de proteger os consumidores e garantir que os privilégios da profissão não sejam revogados por exercício indevido.
	f) a ocupação adquire autonomia .	

Fonte: Ponte, 1999.

No entender de Machado (1995, p. 15-16), o autor que desenvolveu de maneira mais sistemática os estudos sobre a sociologia das profissões foi Wilbert Moore, que destacava a grande dificuldade em se definir profissionalismo e assim o conceituou obedecendo a uma

escala de atributos, tais como: praticar a profissão em tempo integral e viver da remuneração oriunda da atividade exercida; aceitam normas e modelos apropriados e se identificam com os seus pares tendo forte noção de coletividade; possuir organização, controlando assim acesso, seleção, projeção e regulamentação dos participantes; aquisição de um conhecimento formal¹⁶; orientação para o serviço com a aceitação da sociedade e regulação e aderência aos códigos de ética; e a obtenção e manutenção da autonomia¹⁷.

Partindo desta escala proposta por Moore, Machado (1995, p. 18) conceituou profissão como *“a ocupação cujas obrigações criam e utilizam de forma sistemática o conhecimento geral acumulado na solução de problemas postulados a um cliente”* e atividade profissional como *“um conjunto de conhecimentos novos mais fortemente relacionados à esfera ocupacional”*.

Refinando estes conceitos Machado (1997, p.21) afirma que a noção de profissão está intimamente relacionada à ideia de atividade humana e que, mediante a um conhecimento específico, pode atuar em uma realidade, visando a interpretá-la, modificá-la e/ou transformá-la para determinado fim. Nesta relação prevalecem a autorregulação e a autonomia e são eles que permitem que a profissão recrie realidades.

Ponte (1999) afirma que autores como Paul Starr Magali Larson, Elliot Freidson e Andrew Abbott procuram explicar o profissionalismo através da análise dos condicionantes externos.

Freidson (1998) expressa que, apesar da variedade de estudos sobre a organização profissional, faltou uma atenção às características mais políticas e econômicas maiores da profissão que colocam os limites formais ao desempenho de trabalho dos profissionais, e sua interação com colegas, clientes e membros de outras ocupações. Ressalta que é impossível *“ser dogmático no que se refere a qualquer definição de profissão ou assumir que certa definição seja tão bem conhecida que não haja necessidade de discussão”* (FREIDSON, p.24, 2009)

¹⁶ Pela necessidade de se realizar a reserva do mercado institui-se a educação forma, com currículo mínimo homogeneizando o conteúdo teórico transmitido por instituições legais, as universidades, aumentando assim, o lugar de destaque do conhecimento exotérico considerado ideal na definição do que é profissão e do que é semi-profissão (MACHADO, 1995).

¹⁷ A autonomia foi exacerbada, segundo Machado (1995) nas profissões modernas em função da crescente especialização e deve ser pensada desde os aspectos relacionados ao saber, poder, técnicas até o grau de autonomia mantém quando de sua inserção no mercado (MACHADO, 1995).

E o autor conceitua profissão como uma ocupação que assumiu uma posição dominante na divisão de trabalho na sua área, adquirindo o controle sobre a determinação do conteúdo de sua atividade e, portanto, autonomia (FREIDSON, 1998).

O autor ressalta que, para a utilização adequada do conceito de profissão, é necessário que ela possua um monopólio sobre o exercício do seu trabalho (FREIDSON, 2009) e que não se deve tentar determinar profissão no sentido absoluto, mas sim, uma influência do que pensa a sociedade ser ou não profissão e quais são as consequências de trabalho de quem a exerce (FREIDSON, 1998).

Para Freidson (2009, p.42) existem dois tipos de ocupações que podem ser chamadas de profissões: “as profissões de consulta” e as “profissões acadêmicas, erudita e científica”. A primeira desenvolve seus serviços a uma clientela leiga e procura resolver os seus problemas práticos; os segundos se desenvolvem com o interesse de um ou muitos sem necessidade de ganhar a confiança dos leigos, elas ganham seu monopólio apenas pela conjunção de associações e Estado.

Para o autor, o profissionalismo representa um método logicamente distinto de organizar uma divisão de trabalho e expressa uma circunstância em que as ocupações negociam entre si os limites de suas jurisdições e controlam seus mercados (FREIDSON, 1998). O princípio fundamental e distinto dos grupamentos profissionais é a autonomia ou controle que estes grupos têm sobre o seu próprio trabalho.

De acordo com Larson (1977 *apud* PONTE, 1999), o processo de profissionalização está relacionado à dimensão do conhecimento abstrato passível de aplicação prática que a profissão controla, bem como ao mercado, sendo este, por sua vez, determinado pelo desenvolvimento econômico e social e pela ideologia dominante.

O autor relaciona alguns elementos que favorecem o monopólio do conhecimento de determinadas profissões, cita-se:

1 - **a natureza do serviço que é oferecido** - quanto mais necessário, abrangente e menos acessível, mais favoráveis são as condições para a profissão;

2 - **o tipo de mercado** - quanto menos competitivos, melhores serão as condições de exercício profissional, contudo é bom frisar que a competição tende a forçar as profissões a adotarem formas mais sofisticadas de controle monopolístico;

3 - **o tipo de clientela** - quanto mais desorganizada e universal for a clientela, mais favorecidas serão as profissões;

4 - **a base cognitiva** - quanto mais 'esotérico' e padronizado o conhecimento, melhor é a situação profissional ou, em outras palavras, quanto mais científica for a base cognitiva melhores serão as condições da profissão;

5 - **a formação profissional** - quanto maior for o nível de controle exercido pelos profissionais sobre as condições de acesso à profissão, maiores serão as suas chances de maximizar suas posições de poder no mercado;

6 - **as relações de poder** - quanto mais protegida pelo Estado e menos dependente de outros mercados, melhores serão suas posições na divisão social do trabalho;

7 - **a afinidade com a ideologia dominante** - quanto mais a ideologia profissional coincidir com a ideologia dominante, melhor será a situação da profissão. (LARSON apud PONTE, 1999, p.22-23).

Para Vieira (2007), o corporativismo é um aspecto importante na constituição de uma profissão. Para a autora, o corporativismo é definido pela cooperação mútua entre colegas da mesma profissão e é fundamental a presença de uma organização profissional para a manutenção da autonomia, poder e controle profissional. Declara ainda que a odontologia é fortemente influenciada pelo corporativismo e utilizam-se deste para assegurar a renda e a captação de clientes.

Para Matos (2005), na Odontologia percebe-se a existência de uma disputa simbólica pela ocupação de um determinado espaço na profissão e, desse modo, se reconheça na imagem definida pelos valores da sua categoria profissional e da sociedade.

Isso revela a transformação, ainda atual, da profissão odontológica da arte dentária para a prática coletiva. Esta disputa está presente na constatação de que a profissão de cirurgião-dentista não é exercida apenas por aqueles com diplomas de ensino superior e registrado nos órgãos de classe devido à existência de práticos atuando no mercado de serviços odontológicos.

Entretanto, do ponto de vista da sociologia das profissões, a Odontologia está caracterizada como profissão apesar de ter passado por períodos de diferentes denominações, tendo construído este processo através de etapas.

Inicialmente, uma etapa de ocupação indiferenciada em que as práticas odontológicas eram esporádicas ou secundárias; uma etapa de diferenciação ocupacional em que a prática era livre, ou seja, sem a interferência do Estado; a etapa intermediária da profissionalização em que se institui a odontologia como profissão de nível superior; e a etapa

avançada de profissionalização caracterizada pelo papel de elevada importância da profissão para a sociedade (MACHADO, 1995).

Segundo Finkler (2009), possuir saber próprio e uma prática profissional específica requisitando do profissional a dedicação em tempo integral, dependente da vocação, organizada e possuindo um código de ética estabelecido, além de possuir o um alto grau de autonomia, caracteriza a Odontologia como profissão.

3.5.2 A prática odontológica e a questão da autonomia

Por definição de autonomia tem-se a capacidade de tomar decisões por conta própria; faculdade de se governar por suas próprias leis; independência (AURÉLIO, 2009)

Segundo Freidson (2005, p. 104). o único critério verdadeiramente importante e uniforme para diferenciar as profissões de outras ocupações é a autonomia, sendo esta entendida como uma posição de controle legítimo sobre o trabalho que deve sua existência à tolerância ou à proteção do Estado e que, ademais, não inclui necessariamente todas as esferas da atividade profissional.

Para o autor, a autonomia associada à competência não pode ser confundida com a “autonomia do profissional autônomo tradicional” (FREIDSON, 1998, p.110), pois essa autonomia acontece mesmo quando se é empregado e não empresário e tem relação direta com um conhecimento específico.

Tal autonomia auxilia para que uma ocupação ou profissão possa estabelecer um monopólio, ou seja, obter um controle sobre um número de características para fornecer um conjunto definido de tarefas das quais há demanda. Entretanto, Freidson (1998, p.122) relata que o licenciamento restritivo de determinadas profissões como a medicina e a odontologia se deve a persuasão de membros do Estado de que haveria maior competência se estes profissionais possuíssem um curso definido de treinamento aprovado. Além disso, tais tarefas de importância para o bem comum não deveriam ser deixadas sem regulamentação.

As profissões baseiam-se, nada mais, do que numa reivindicação de posse de uma perícia ou um conhecimento específico ou complexo que não pode ser exercido por leigos de maneira segura ou satisfatória ou mesmo, eles não poderiam avaliar uma situação de maneira satisfatória. Assim, a autonomia de controlar técnicas e possuir conhecimento específico, diminuindo risco de consequências perigosas,

o resguarda da atuação de interferência de planejadores ou chefes executivos (FREIDSON, 2005).

A autonomia concedida, então, pela técnica, propicia ao profissional vantagens como, a autoridade conferida por sua *expertise*¹⁸ aceita e também a influência nas áreas não técnicas de seu trabalho, avaliando as necessidades físicas e estruturais dos seu locais de trabalho (FREIDSON, 2005).

Ao se discutir a autonomia profissional precisa-se admitir que existam variações de desempenho não apropriadas nem técnica nem eticamente. A questão do controle destes desvios é uma outra face da autonomia, pois, se uma profissão pretende ter autonomia, ela deve possuir condições de exercer suas regras, seu controle sobre os membros da classe, sem que haja a necessidade de controle externo. “Da mesma forma que a autonomia é teste para a condição profissional, a autorregulação é o teste da autonomia profissional”. (FREIDSON, 2005, p. 106).

O ideal de autonomia da profissão odontológica, segundo Freitas (2004, p.18), é expresso na livre escolha, desde os aspectos da relação com paciente, seleção de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, como também do valor fixado e forma de pagamento das suas atividades.

A autora complementa referindo que a

“autonomia profissional, entretanto, não é absoluta e nem natural. A autonomia técnica se constitui como fundamento básico da preservação da autonomia profissional, diante das transformações do mercado de trabalho e das políticas de Estado. A autonomia absoluta consiste numa representação do ideal da prática profissional, do projeto profissional. A autonomia não é natural, pois ela se estabelece como resultado de um conjunto de relações de caráter político, que podem manter, melhorar ou deslocar a profissão no mercado” (FREITAS, 2004, p.19).

¹⁸ *Expertise* = competência, conhecimento extenso de uma tarefa específica, adquirido através de treinamento, leitura, experiência, etc;

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A presente pesquisa insere-se no campo da saúde bucal coletiva. Para que se compreendessem melhor os planos de saúde odontológicos e as relações existentes entre as operadoras, os prestadores de serviço e os beneficiários sob o ponto de vista dos cirurgiões-dentistas neste setor, realizou-se uma construção metodológica que possibilitou apreender a realidade e as transformações oriundas de forma específica de intervir em saúde desse segmento.

Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa do tipo exploratório e descritivo. Cabe aqui enfatizar que a pesquisa qualitativa, *“responde a questões muito particulares, trabalha em um universo de significados, dos motivos, das aspirações, dos valores, das crenças e das atitudes. Esse tipo nível de realidade não é visível, precisa ser exposta e interpretada, em primeira instância, pelos próprios pesquisadores”* (MINAYO, 2008, p. 21-22).

A estratégia metodológica utilizada foi a de pesquisa qualitativa baseada na técnica da Análise de Conteúdo apresentada por Bardin (1979) e revisitada por Minayo (1994; 1999; 2008).

Entretanto, como Minayo (2008) disserta:

“métodos e instrumentos são caminhos e mediadores para permitir ao pesquisador o aprofundamento de sua pergunta central e de suas perguntas sucessivas, levantadas a partir do encontro com o seu objeto empírico ou documental”.

4.1 Fundamentando o trabalho de campo

Para Minayo (1994) a pesquisa qualitativa tem como características principais a abertura, flexibilidade e capacidade de observação, além da interação com os indivíduos envolvidos.

E que a teoria, o método e criatividade são partes importantes que, se combinadas adequadamente, produzem conhecimento e dão continuidade à tarefa de descobrir-se a profundidade do mundo e da sociedade (Minayo, 2008).

Para as autoras Grisotti e Patrício (2006), a pesquisa qualitativa visa a responder questões sociais de modo que envolva o sujeito da pesquisa no processo de levantamento de dados, investigação de fenômenos humanos, com significados, motivos, aspirações, crenças, valores, sentimentos e suas práticas.

A análise de conteúdo na qual se embasa este trabalho teve origem no início do século XX e passou por várias formas de efetivação ao longo do século. Inicialmente era concebida de uma perspectiva quantitativa como, segundo Bardin (1979) os conceitos de Berelson (1952 *apud* Bardin, 1979) de que era uma técnica de pesquisa voltada para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação tendo por fim interpretá-los, confirma essa conceituação.

Na segunda metade do século passado, muitos autores e pesquisadores discutiram a técnica, seu grau de cientificidade e sua eficácia entre o quantitativo e o qualitativo.

Assim Bauer (2002, p.190) especifica, já neste século, que entre “quantidade/qualidade a análise de conteúdo é uma técnica híbrida que pode mediar esta improdutiva discussão sobre virtudes e métodos”. E Minayo (2008, p.304) reitera afirmando que “historicamente a análise de conteúdo clássica tem oscilado entre o rigor da suposta objetividade dos números e a fecundidade da subjetividade”. E complementa que:

“todo o esforço teórico, seja embasado na lógica quantitativista ou qualitativista, visa ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação de alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos [...] entrevistas ou resultados de observação” (MINAYO, 2008, p.308).

Ainda assim, o conceito da análise de conteúdo se sedimenta no trabalho de Bardin (1979, p.42) que a define como:

“um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

E para Minayo (2008), a análise de conteúdo diz respeito “a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”.

Observa, ainda, que, na análise de conteúdo, os pesquisadores buscam a compreensão dos significados da fala e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem para atingir uma interpretação mais profunda. E para que aconteça, articula a superfície do texto descrita e analisada com os fatores que determinam suas

características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2008).

Como procedimentos metodológicos da análise de conteúdo Bardin(1979) e Minayo (2007; 2008) destacam os seguintes: categorização, inferência, descrição e interpretação¹⁹.

- a) Categorização - a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, trabalha em um universo de significados, dos motivos, das aspirações, dos valores, das crenças e das atitudes. Esse tipo nível de realidade não é visível, precisa ser exposta e interpretada, em primeira instância, pelos próprios pesquisadores (MINAYO, 2007, p. 21-22).
- b) Inferência - É quando deduz-se de maneira lógica algo do conteúdo que está sendo analisado, ou seja, para fazermos inferências é importante partir de premissas já aceitas a partir de estudos acerca do assunto que estamos analisando (BARDIN, 1979, p. 89).
- c) Descrição - É a enumeração das características do texto (BARDIN, 1979, p. 90).
- d) Interpretação - É a significação concedida a estas características, procedimento que procura ir além do material, é a discussão dos resultados da pesquisa de maneira mais ampla, trabalhando na construção do conhecimento de uma área (BARDIN, 1979, p.90).

Processos estes que, na presente pesquisa, estão descritos no registro, organização e análise dos dados, bem como, posteriormente na discussão dos mesmos.

4.2 Participantes do Estudo

Os sujeitos do estudo foram cirurgiões-dentistas do município de Itajaí no Estado de Santa Catarina, prestadores de serviço de uma operadora de plano de saúde odontológico com atuação no Estado de Santa Catarina. No momento do estudo, a referida operadora contava em 2008, no município pesquisado, com 97 cirurgiões-dentistas cadastrados, sendo 73 clínicos gerais e 24 especialistas, a saber: 4 em odontopediatria, 1 em periodontia, 9 em ortodontia, 4 em radiologia, 1 em pacientes especiais, 2 em prótese, 2 em endodontia e 1 em dentística.

Seguindo a tradição qualitativa seguimos o critério de exaustão ou saturação, ou seja, o pesquisador verifica que o número de sujeitos da

¹⁹ Estes procedimentos não acontecem necessariamente nesta ordem.

pesquisa forma um todo e reconhece as recorrências das categorias no material coletado (BLANCHET; GOTMAN, 1992).

Participaram do estudo, 11 cirurgiões-dentistas, observando-se a proporcionalidade de prestadores cadastrados por especialidade odontológica (6 clínicos gerais e 5 especialistas) sendo que um dos requisitos de participação na pesquisa foi a voluntariedade. A seleção prévia dos cirurgiões-dentistas foi realizada por lista on-line de prestadores de serviço fornecida pela operadora. Foram contatados pela pesquisadora, inicialmente, via telefone e, posteriormente, por contato pessoal no local de trabalho destes profissionais, momento em que se explicou o propósito da pesquisa com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice B).

Para melhor entendimento quanto ao tipo de plano de saúde odontológico escolhido, a seguir uma breve caracterização desse plano e da cidade escolhida para a pesquisa.

4.2.1. Caracterização do tipo de plano de saúde odontológico²⁰:

A seleção do plano de saúde odontológico para o estudo foi feita de forma intencional, por conveniência para o pesquisador, por ser representativo e pelo fato de que 65,6% dos cirurgiões-dentistas que trabalham com algum tipo de operadora de plano de saúde estão credenciados junto ao plano de saúde selecionado (CFO, 2003). Além disso, é o primeiro fundado no setor de saúde suplementar odontológico no Estado de Santa Catarina.

4.2.1.1. Situando o Cooperativismo

A origem do cooperativismo surgiu em 21 de dezembro de 1844 no bairro de Rochdale, em Manchester (Inglaterra), 27 tecelões e uma tecelã fundaram a "Sociedade dos Probos Pioneiros de Rochdale" com o resultado da economia mensal de uma libra de cada participante durante um ano.

Tendo o homem como principal finalidade - e não o lucro, os tecelões de Rochdale buscavam naquele momento uma alternativa econômica para atuarem no mercado, frente ao capitalismo ganancioso que os submetiam a preços abusivos, exploração da jornada de trabalho

²⁰ Fonte: site da UNIODONTO do Brasil, 2008.

de mulheres e crianças e do desemprego crescente advindo da Revolução Industrial.

Naquele momento a constituição de uma pequena cooperativa de consumo no então chamado "Beco do Sapo" (Toad Lane) estaria mudando os padrões econômicos da época e dando origem ao movimento cooperativista.

Tal iniciativa foi motivo de deboche por parte dos comerciantes, mas logo no primeiro ano de funcionamento o capital da sociedade aumentou para 180 libras e cerca de dez mais tarde o "Armazém de Rochdale" já contava com 1.400 cooperantes.

O sucesso dessa iniciativa passou a ser um exemplo para outros grupos. O cooperativismo evoluiu e conquistou um espaço próprio, definido por uma nova forma de pensar do homem, do trabalho e do desenvolvimento social.

Por sua forma igualitária e social o cooperativismo é aceito por todos os governos e reconhecido como fórmula democrática para a solução de problemas sócio-econômicos.

O cooperativismo odontológico iniciou no Brasil em 18 de setembro de 1972 com a fundação da Sociedade Cooperativa de Serviços Odontológicos, na cidade de Santos, São Paulo, iniciadora do Sistema UNIODONTO de Cooperativas Odontológicas e surgiram como respostas aos problemas e irregularidades cometidas (éticas e legais), principalmente, na relação entre as operadoras de convênios odontológicos e os profissionais credenciados (VIEIRA, 2007). O sistema UNIODONTO possui hoje cerca de 20 mil dentistas credenciados em todo o Brasil.

4.2.1.2. Princípios Básicos do Cooperativismo

Os Princípios do Cooperativismo, aperfeiçoados pelos "Probos Pioneiros de Rochdale", foram aprovados e incorporados ao Estatuto Social da Cooperativa criada no ano de 1844 e reformulados nos Congressos de 1937, 1966 e 1995 da Aliança Cooperativa Internacional ACI, constituindo-se hoje nas linhas orientadoras para as cooperativas levarem os seus valores à prática.

Os congressistas, representando cooperativistas do mundo inteiro, em 1995, consubstanciaram os princípios básicos do Cooperativismo, como sendo:

1) Adesão voluntária e livre: as cooperativa são organizações voluntárias, abertas a todas as pessoas aptas a utilizar os seus serviços e

assumir as responsabilidades como membros, sem discriminação de sexo, social, racial, política e religiosa;

2) Gestão democrática pelos membros: as cooperativas são organizações democráticas, controladas pelos seus membros, que participam ativamente na formulação de suas políticas e na tomada de decisões. Os homens e as mulheres, eleitos como representantes dos demais membros, são responsáveis perante estes. Nas cooperativas de primeiro grau, os membros têm igual direito de voto (um membro, um voto); e as cooperativas de grau superior são também organizadas de maneira democrática;

3) Participação econômica dos membros: os membros contribuem equitativamente para o capital das suas cooperativas e controlam-no democraticamente. Parte desse capital é, normalmente, propriedade comum da cooperativa. Os membros recebem, habitualmente, se houver, uma remuneração limitada ao capital integralizado, como condição de sua adesão. Os membros destinam os excedentes a um ou mais dos seguintes objetivos: desenvolvimento das suas cooperativas, eventualmente através da criação de reservas, parte das quais, pelo menos, será indivisível; benefício aos membros na proporção das suas transações com a cooperativa; apoio a outras atividades aprovadas pelos membros.

4) Autonomia e independência: as cooperativas são organizações autônomas, de ajuda mútua, controladas pelos seus membros. Se estas firmarem acordos com outras organizações, incluindo instituições públicas, ou recorrerem a capital externo, devem fazê-lo em condições que assegurem o controle democrático pelos seus membros e mantenham a autonomia das cooperativas.

5) Educação, formação e informação: as cooperativas promovem a educação e a formação de seus membros, dos representantes eleitos e dos trabalhadores de forma que estes possam contribuir, eficazmente, para o desenvolvimento das suas cooperativas. Informam o público em geral, particularmente os jovens e os líderes de opinião, sobre a natureza e as vantagens da cooperação.

6) Intercooperação: as cooperativas servem de forma mais eficaz os seus membros e dão mais força ao movimento cooperativo, trabalhando em conjunto, através das estruturas locais, regionais, nacionais e internacionais.

7) Interesse pela comunidade: as cooperativas trabalham para o desenvolvimento das suas comunidades através de políticas aprovadas pelos membros.

As cooperativas são consideradas sociedades de pessoas sem fins lucrativos constituídas com o objetivo de prestar serviço. No caso das cooperativas odontológicas são sociedades de cirurgiões-dentistas e os beneficiários são apenas usuários dos serviços e não uma associada (MOYSÉS, 1989).

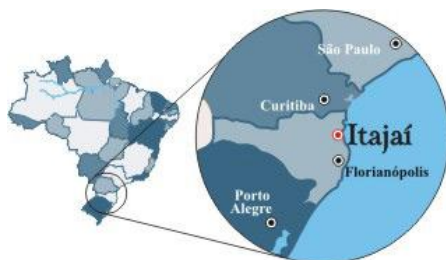
As cooperativas odontológicas apresentam diferenças significativas em relação aos convênios. Nas cooperativas o dentista tem a possibilidade de trabalhar para uma empresa em que é cooperado podendo interferir em decisões através do voto em assembléias, diferente dos convênios em que o dentista é apenas um prestador de serviço (VIEIRA, 2007).

4.2.2. Caracterizando o Município de Itajaí/Santa Catarina²¹

Em 1829, foi instalada no estado de Santa Catarina a primeira colônia de alemães, atual região de Blumenau e desde esse momento o porto de Itajaí foi central nos processos de colonização do vale, mesmo antes da formação da cidade.

Itajaí é um município brasileiro do estado de Santa Catarina, fundado em 15 de junho de 1860, desmembrado do município de Porto Belo. Segundo o IBGE cidades (2009), possui 172.081 habitantes. Ocupa uma área de 289 km², sendo 20% urbana e 80% rural (ou áreas de preservação).

Mapa 3: Localização de Itajaí – Santa Catarina.

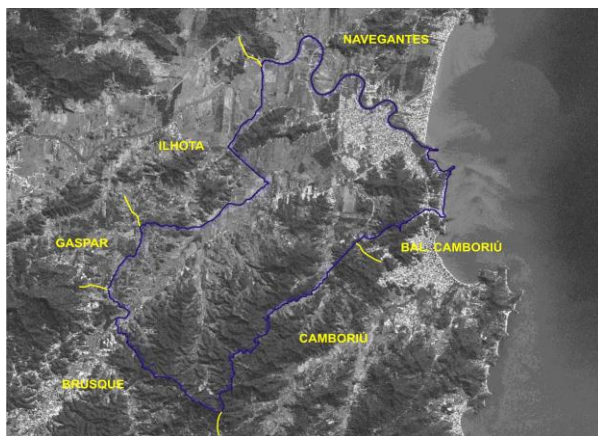


Fonte: Prefeitura Municipal de Itajaí, 2008.

²¹ Fonte dos dados sobre o município de Itajaí através do site da Prefeitura Municipal de Itajaí, site do Porto de Itajaí e IBGE cidades 2009.

A cidade situa-se no litoral norte, especificamente na foz do rio Itajaí-Açu. Faz divisa com Balneário Camboriú, Camboriú, Brusque, Gaspar, Ilhota e Navegantes. Sede do maior porto pesqueiro do país e da maior universidade do estado, a Univali. Está localizada na Baixo Vale do Itajaí, ao litoral, sendo banhada pelo Oceano Atlântico. Também está situada na foz do Itajaí-Açu, possibilitando a existência do porto, apesar dos perigos de cheias e ressacas.

Mapa 4: Área do município de Itajaí



Fonte: Prefeitura Municipal de Itajaí, 2008.

Itajaí caracteriza-se por ser um porto essencialmente exportador, onde cerca de 76% da movimentação, correspondem a exportação. Este fato reflete bem a característica econômica do Estado de Santa Catarina, cuja produção agroindustrial tem grande aceitação nos mercados consumidores internacionais.

A área de captação de mercadorias e produtos do Porto de Itajaí está representada por praticamente todo o Estado de Santa Catarina, acrescido de algumas regiões produtoras do Paraná, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Rondônia, Goiás, São Paulo e do Rio Grande do Sul. Os maiores países consumidores de produtos exportados pelo Porto de Itajaí localizam-se na Europa, América do Norte, Oriente Médio e Extremo Oriente, devendo-se ressaltar que o produto catarinense em geral destina-se ao consumo imediato (ausência de exportação de matérias-primas).

Itajaí possui um Píer para Navio de Passageiros que serve de ponto de apoio no litoral de Santa Catarina, alfandegado, dotado de

infraestrutura adequada e exclusiva para recepção de embarcação de grande porte, voltado aos cruzeiros marítimos de lazer.

A cidade é basicamente plana — devido ao nível do mar — e grande parte da vegetação nativa já foi retirada para atividades comerciais e de expansão urbana. É um município da Região Metropolitana da Foz do Rio Itajaí, assim como as cidades vizinhas. A rodovia BR-101 é a principal ligação à cidade, e as rodovias SC-100, BR-486, SC-470, bem como a BR-470, ligam Itajaí ao restante do Estado.

A cidade de Itajaí tem outras funções além da pesca como meio de emprego e renda. Atualmente, possui, além de ser o principal porto de Santa Catarina e o Maior Exportador de Frios do Brasil, comércio, prestação de serviços, o turismo e indústrias que fazem com que o Município se destaque através de variadas fontes de renda.

Grandes empresas multinacionais e brasileiras se instalaram, como Petrobrás, FORD, Perdigão, Sadia, Brasfrigo, Braskarne, Seara, TECONVI, Detroit, Assolan, Bunge, Sundown, Votoran, Gomes da Costa, MultiLog S.A, Weg, Cargill, Klabin, Italages Termo-Vidros, Stander, Sideração.

4.3 A coleta de dados

A seleção dos participantes aconteceu através da lista on-line da qual se separaram os cirurgiões-dentistas em clínicos gerais e especialistas da lista. Esta estava em ordem alfabética e convencionou-se selecionar 1 cirurgião-dentista a cada 5 profissionais. Se eventualmente o profissional selecionado não quisesse participar, o cirurgião-dentista posterior ao desistente foi o novo candidato a sujeito da pesquisa, e assim sucessivamente.

Fez-se contato por telefone explicitando o contexto da pesquisa e, se demonstrado interesse, marcava-se uma data e horário para realização da entrevista²².

Todas as entrevistas foram realizadas a partir de um questionário semiestruturado (apêndice A) com perguntas norteadoras que abordavam os seguintes temas: opinião sobre prática odontológica; planos de saúde; exigências das operadoras de planos odontológicos; satisfação e motivo de escolha da operadora de plano de saúde.

²² Todas as entrevistas foram realizadas nos consultórios dos profissionais, estando presentes somente a pesquisadora e o sujeito do estudo no ambiente da entrevista para que estes pudessem falar com liberdade.

Esse método foi o escolhido pois, segundo Minayo (1999), nas entrevistas semiestruturadas a não necessidade de formulações pré-fixadas auxilia no aprofundamento das questões ou opiniões.

Nesse momento, ocorreram algumas dificuldades em conseguir sujeitos da pesquisa. A pesquisadora realizou várias ligações até o do agendamento e, em dois casos, necessitou ir ao consultório duas vezes em horários previamente agendados. Em um desses casos, apesar do agendamento ocorrer pela segunda vez, o profissional negou a participação devido a ‘agenda estar muito corrida’²³.

Entretanto, a maioria dos profissionais contatados se disponibilizou para a realização da entrevista de maneira rápida e ágil, despendendo o tempo necessário à entrevista de maneira calma e sem pressa. As entrevistas tiveram uma duração mínima de 9 minutos e máxima de 42 minutos.

Ao chegar ao consultório, realizou-se uma conversa inicial para introdução do assunto da pesquisa, entregou-se o termo de consentimento para a assinatura e somente após a anuência do participante se ligou o gravador de áudio para o começo das entrevistas.

4.4 O registro, a organização e a análise dos dados

Para possibilitar a análise dos dados através da Análise de Conteúdo, conforme Bardin (1979) e por Minayo, (1999; 2007), foi necessário utilizar alguns passos para a organização das entrevistas gravadas.

O primeiro passo foi realizar a transcrição das entrevistas e nesse momento, para garantir a confidencialidade, sigilo e privacidade dos participantes da pesquisa, estes foram denominados pelas letras do alfabeto de modo aleatório – K, Y, Z, T, X, P, H, M, L, W e Q.

Após cada transcrição²⁴, o seu conteúdo foi checado com as gravações e posteriormente impresso, totalizando 11 entrevistas. Sendo 6 de cirurgiões-dentistas clínicos gerais e 5 especialistas.

A seguir realizaram-se repetidas leituras das 11 entrevistas e assinalaram-se em cada uma delas, com caneta marca-texto, as informações, ou seja, as falas destes profissionais que possuísem maior relevância sobre o tema da pesquisa resultando nas expressões importantes para o seguimento da organização dos dados.

²³ Transcrição literal da resposta do cirurgião-dentista a entrevistadora.

²⁴ Transcrição feita para documento de Word.

Confeccionou-se uma planilha em cada uma das entrevistas²⁵ com diversos campos em que, no primeiro, havia a transcrição da entrevista; no segundo, as transcrições que foram enfatizadas com a caneta marca texto; no terceiro campo, realizou-se uma primeira codificação de forma a sintetizar a ideia central da fala deste indivíduo; e na quarta, a segunda codificação. A segunda codificação deu origem ao que se denominou de categorias – ideia central que sintetizava as falas dos entrevistados.

Quadro 2 – Exemplo de transcrição e codificação utilizada nas entrevistas

(entrevista - Z)	21/08/08 16:00 – 34'12		
Entrevista	Observações	1ª Codificação	2ª Codificação
[gostaria de conversar, como ocorreu a sua formação em odonto, onde você fez?] sou dentista fiz da graduação no curso na universidade estadual de ponta grossa concluí em início de 1981 e trabalho mais na área de dentística e prótese e depois agora o ano passado fiz um curso de aperfeiçoamento em prótese e oclusão na nossa abo do estreito e agora tô fazendo um curso de atualização em implante e prótese já atuo aqui em Itajaí desde 1981, desde 1983 84 já sou cooperado da uniodontô além da uniodontô atendo them Bradesco que them é um plano de convênios e a aspeque que é dos associação servidores da prefeitura de Itajaí em relação aos convênios a gente atende normalmente sem diferenciação de horário dos pacientes o valor a gente sabe que fica sempre aquém do valor q a gente cobra normalmente mas dentro dessa concorrência q existe com o monte de cursos de odontologia q foram feitos dentro desses princípios a gente nota algumas vantagens em relação aos convênios é que o convênio não cobre geralmente os procedimentos de prótese e como eu faço bastante prótese o cliente vem eu faço a parte clinica pelo que esta, conforme ta descrito nos planos e faço um acordo com o paciente se ele quer tratar a parte de prótese(Z)	Cooperativa mas com reservas	em relação aos convênios a gente atende normalmente sem diferenciação de horário dos pacientes o valor a gente sabe que fica sempre aquém do valor q a gente cobra normalmente mas dentro dessa concorrência q existe com o monte de cursos de odontologia q foram feitos dentro desses princípios a gente nota algumas vantagens em relação aos convênios é que o convênio não cobre geralmente os procedimentos de prótese e como eu faço bastante prótese o cliente vem eu faço a parte clinica pelo que esta, conforme ta descrito nos planos e faço um acordo com o paciente se ele quer tratar a parte de prótese(Z) eu sou criticado por ser dentista a mais de 5 anos e manter convênios ainda mas eu vejo vários consultórios q atendem só particular e aí de repente não fica com o tempo todo ocupado e eu sou uma pessoa q prefiro ta com o tempo todo ocupado e assim da um volume de cliente maiores e ele acaba trazendo mais pessoas e ele vai falar com os parentes amigos e indica normalmente seria esse o motivo principal de manter convênios e atende bastante(Z)	Atendimento adequado independente da forma de pagamento (Z) Pensamento que o paciente de plano de saúde faz trabalhos particulares que compensam o atendimento pelo plano(Z) Justificativa por atender planos se dá pelo fluxo de pacientes - aumento(Z)

A partir da confecção da planilha, foram realizadas exaustivas leituras para novamente verificar as codificações. E então se compararam as 11 entrevistas entre si, através das segundas codificações para que em outro documento de Word, confeccionar um terceiro²⁶ documento em que foram separados os eixos temáticos e as categorias observadas com suas respectivas falas.

No próximo capítulo estão colocados os itens considerados mais pertinentes e estruturados de maneira a facilitar a organização e compreensão dos conteúdos das entrevistas. A partir da análise das transcrições das entrevistas, as frases mais significativas foram selecionadas formando três eixos temáticos com treze categorias que

²⁵ Ao final desta fase obtivemos 11 planilhas com quatro colunas, uma para cada entrevistado.

²⁶ O primeiro documento é a transcrição integral da entrevista, o segundo documento é a planilha com quatro colunas em que desenvolvemos as codificações e o terceiro documento é o que estamos nos referindo neste momento em que separamos as categorias e abaixo de cada uma estão as falas dos entrevistados a ela relacionadas.

englobavam as expressões com características similares ou que possuísem estreita relação entre si.

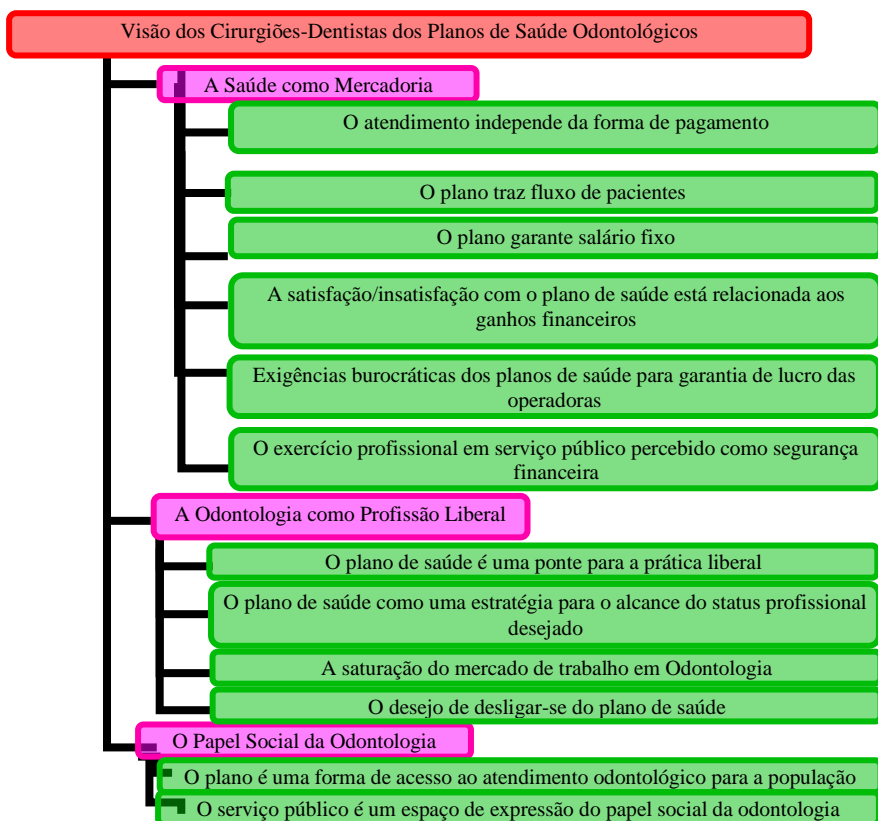
4.5 Considerações Éticas

Ressalta-se que, durante todo o processo da pesquisa, foram observadas as Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde e todos os princípios éticos como o respeito à autonomia do participante da pesquisa, consentimento livre e esclarecido, o sigilo das informações e a privacidade, sendo que a coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto de pesquisa nº 365/07 no Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (anexo A).

5 A VISÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA SOBRE OS PLANOS DE SAÚDE ODONTOLÓGICOS

Apresentar-se-ão a seguir os resultados em três eixos temáticos que abordam a visão do cirurgião-dentista sobre a sua profissão e a relação com a autonomia profissional. O primeiro eixo temático apresenta o cirurgião dentista observando a saúde como uma mercadoria, ou seja, um bem passível de compra e venda, sendo denominado “a saúde como mercadoria”.

O segundo eixo temático posiciona-o dentro da prática da profissão, com uma visão conservadora, buscando somente firmar-se como um profissional liberal e autônomo, sendo denominado “a odontologia como profissão liberal” e o terceiro eixo mostra o plano de saúde odontológico como recurso de acessibilidade da população ao serviço odontológico denominado “o papel social da Odontologia”.



Para elucidar os indivíduos da amostra, ao final da pesquisa possuía-se 11 dentistas entrevistados, 6 do gênero feminino e 5 do gênero masculino. Apresentavam grande variação de idade (27 anos a 64 anos), tempo de formado (5anos a 32 anos) e tempo de credenciamento a planos de saúde odontológicos (2 anos a 28anos). Dos entrevistados três profissionais atuam no setor público conjuntamente com o setor privado e com o atendimento aos planos de saúde.

5.1 A SAÚDE COMO MERCADORIA

Neste eixo foram reunidas as falas dos entrevistados que expressavam o entendimento por parte dos cirurgiões-dentistas da saúde dos pacientes expressa como uma mercadoria.

Para melhor compreensão do ponto de vista do cirurgião-dentista quanto à questão da saúde como mercadoria subdividiu-se este eixo temático nas seguintes categorias: o atendimento independe da forma de pagamento; o paciente de plano de saúde traz paciente particular; o plano de saúde odontológico aumenta o fluxo de pacientes; o plano de saúde odontológico garante salário fixo; a satisfação com o plano está relacionada diretamente com os ganhos financeiros; exigências dos planos de saúde odontológicos visam a garantir o lucro das operadoras; e o exercício profissional em serviço público é visto como segurança financeira.

5.1.1 O atendimento independe da forma de pagamento

Esta categoria traz a preocupação dos cirurgiões-dentistas em garantir que os atendimentos, diagnósticos e tratamentos realizados nos pacientes sejam adequados e seguros e não sofram a interferência da forma de pagamento, entre os possuidores de planos de saúde odontológicos e os que realizam pagamento direto, ou seja, o paciente particular.

A seguir as falas que representam esta categoria:

em relação aos convênios a gente atende normalmente sem diferenciação de horário dos pacientes. O valor a gente sabe que fica sempre aquém do valor que a gente cobra normalmente, mas dentro dessa concorrência que existe com o monte de cursos de odontologia que foram feitos dentro desses princípios, a gente nota algumas vantagens em relação aos convênios: é que o convênio não cobre geralmente os procedimentos de prótese(Z)

o serviço que ele trabalha dá direito ao plano e ele não quer porque ele acha que a gente vai trabalhar com material inferior se trabalhar com plano e também não tenho distinção pra marcar, o que vier, não tenho essa distinção, conforme vai ligando, vai marcando, e eu atendo todas iguais(H)

o serviço que eu ofereço particularmente aqui é a mesma coisa, os mesmo materiais que eu uso no particular a mesma coisa, que eu acho que o paciente ganha com isso, que ele tem um convênio que ele não gasta muito como no convenio medico, o gasto é bem menor só que o tratamento meu no particular ou no convenio é a mesma coisa, por isso nesse ponto ele ganha (Q)

na verdade eu nem sei se ele é plano de saúde ou particular eu só vejo depois(Y)

5.1.2 O plano de saúde odontológico aumenta o fluxo de pacientes

A fala dos entrevistados demonstra que um dos motivos para o credenciamento aos planos de saúde odontológicos é o fato de que os pacientes que o possuem, geralmente, quando apreciam o tratamento proporcionado pelo cirurgião-dentista realizam a propaganda “boca-a-boca”, e esse processo gera um número maior de outros pacientes particulares ao profissional, aumento da clientela, como é evidenciado a seguir:

o convenio não cobre geralmente os procedimentos de prótese e como eu faço bastante prótese o cliente vem eu faço a parte clinica pelo que esta [...] conforme ta descrito nos planos e faço um acordo com o paciente se ele quer tratar a parte de prótese(Z)

no começo principalmente porque é o que chama no consultório, porque na minha família não tem nenhum dentista, eu sou o primeiro dentista então eu não consegui puxar de alguém, de um pai de um irmão aquela clientela, eu tive que conquistar todo mundo, então o convenio é uma porta de entrada pra muitas pessoas, daí acaba sendo aquela corrente mais rápida de encaminhamento, de indicação, então foi por isso, a uniodonto foi o primeiro convenio q eu me filiei, porque é um dos q mais atingem a população pelo menos aqui em Itajaí, e a partir dele que daí eu comecei a atender outros mas a uniodonto é o que eu mais atendo(Q)

daí a Uniodonto não cobre prótese daí tu faz particular, só particular. Então só para aumentar mesmo porque você já viu a tabela? (M)

É bem na realidade quando se fala se convênio o importante são os custos porque pra utilizar você tem que ter um atendimento maior no entanto os próprios pacientes da uniodonto acabam fazendo outros procedimentos que eu realizo você ganha da mesma forma (W)

é o convenio tem aquela de ah um primo que não tem um convenio, acontece muito isso, na hora da dor aonde ele vem? Ah to com dor de dente, ah... tenho aqui oh... liga pra ela, de repente. Então tu acaba por um convenio tu ganha um particular, tem essa propaganda que é bem interessante (X)

Pode-se também acrescentar, o cirurgião-dentista busca no plano de saúde odontológico um acréscimo de pacientes, então o credenciamento visa a uma agenda com grande rotatividade de pacientes para a sua introdução em determinado mercado profissional.

Para explicitar a categoria selecionaram-se algumas expressões que sugerem efetivamente esta questão.

acaba sendo uma das primeiras opções, já q ele ainda não tem nome no mercado, ninguém o conhece, ele vai atender o amigo do irmão do parente do vizinho, então eu acho que é uma forma de ele não impedir acesso ao seu negocio, ele não pode impedir acesso, então ele tem que ter disponibilidade,(P)

é de estar girando pacientes (X) [a partir da sugestão do próprio entrevistado como funciona o plano de saúde odontológico]

o plano de saúde se fosse auxiliaria na movimentação do consultório já vi muito caso de atende uma senhora pelo plano e na semana seguinte ela traz a Irma traz o marido traz o patrão então isso ta então se a pessoas atende bem o fluxo aumentaria eu acho que hoje não sei pode ser o profissional pra iniciar sem nenhum plano principalmente itajai e balneário ta complicado ele vai fazer poucas horas de consultório por dia (Z)

No começo a gente tem pouco paciente aí por plano acaba vindo mais, você aparece mais, tem o nome na lista, e de repente um traz um particular ou faz alguma coisa que o plano não cobre daí vale a pena(H)

é, exatamente, entra paciente, fica conhecida, os pacientes de repente trazem um amigo, a gente atende bem porque é tudo igual a resina é a mesma, o procedimento é o mesmo não modifica nada(L)

No começo eu comecei pensando q era inicio de carreira, ser conhecida e depois eu não quis parar porque tem muita clientela que me cobra eu continuar sendo conveniada então tem certas pessoas que por elas eu não largo o convenio, eu tenho pacientes muito antigos que eu atendo pela uniodonto, apesar do meu marido ficar sempre dizendo , sai disso, sai disso, você ta perdendo dinheiro em vez de tu ganhar, mas eu não deixo de atender por causa de certas pessoas q eu tenho como clientes antigos (T)

é você seu fluxo de pacientes aumenta com o convenio porque eles mesmo não tendo nada eles querem usar eles vão no teu consultório porque tudo que é de graça eles são descontados aquilo 20 reais então tem que usar então eles vão no dentista(Y)

5.1.3 O plano de saúde odontológico garante salário fixo

Nesta categoria transcreveram-se as falas que trazem a ideia de segurança financeira proporcionada pelo plano de saúde odontológico em que o profissional garante todos os meses algum valor de pagamento através dos planos que não pode ser garantido com os pacientes particulares.

sabe eu acho que ele fica preso a leis, a normas, que nem sempre são aquelas que ele acha certo, que ele acha q são ideais, mas ele acaba fazendo isso pela segurança, de saber q todo mês ele vai receber aquele rendimento ali, e que se ele fizer duas, três, quatro restaurações ele vai receber tanto, se fizer duas, três profilaxias e ele acaba colocando metas no consultório que nem sempre são as que ele realmente gostaria de ter(P)

Eu tenho que ter da onde tirar, eu tenho que ter uma fonte. Tem empresas grandes que eles têm 1000 funcionários digamos então é uma chance de alguns virem te procurar (X)

o que eu posso dizer se for citar nomes, a uniodonto aquela coisa que além do que da certeza dia 12 foi ontem, anteontem dia 12 ta na conta o que você mandou, você envia as fichas ate uma data nesse ponto eles são totalmente precisos o Bradesco é igual você manda todos os

procedimentos ate mudaram agora tem uma fichas mais atuais você manda o relatório também na metade do mês eles já pagam fazem uma pericia quando necessário mas nada anormal(Z)

5.1.4 A satisfação com o plano está relacionada diretamente com os ganhos financeiros

Quando perguntado aos cirurgiões-dentistas sobre a sua satisfação, o que o faz contente/satisfeito ou descontente/insatisfeito com relação aos planos de saúde odontológicos, as respostas convergiram para a relação com os ganhos financeiros, ou seja, com as formas e quantidade de remuneração pelos serviços prestados aos pacientes.

teoricamente sim claro mas claro q se pudesse aumentar o valor em si claro q aspeme é uma coisa local onde o valor ta muito próximo do normal de consultório mas na aspeme na própria associação eles tem consultórios como o processo é bem feito ali NE porque quem não quer ser atendido lá procura seu dentista eles tem vários conveniados no mesmo sistema eles vem aqui faz a consulta vai lá e o perito olha vê se ta tudo de acordo acabou o tratamento eles pagam em 30 dias e no caso um valor bem próximo(Z)

Eles podiam pagar um pouquinho mais(H)

É eu acho que assim, o problema é pagamento NE, como eu acho que qualquer outro

[e a sra ta satisfeita com a relação com os planos de saúde?] Não [porque?] É muito, os pagamentos são bem inferiores, por exemplo a uniodonto mesmo, se eu faço prótese com que eles pagam não paga o laboratório, eu trabalho com laboratório, material bom e geralmente não cobre o que o laboratório me cobra, eu pago então se eu fosse fazer alguma coisa pela uniodonto eu teria q pagar pra trabalhar, (T)

tenho as minhas criticas aos valores da tabela, a tabela é muito baixa, é avulsiva, você há de convir q uma consulta odontológica você receber 9,75 reais de uma consulta odontológica, é aquela historia você finge que ta fazendo uma consulta, você finge que trabalha, e recebe por isso, então e tem a responsabilidade de dar um diagnostico, de repente ta com um problema lá, ta com um câncer bucal, eu acho que tem que ter um lado ético da coisa tem que se pensar e rever(K)

5.1.5 Exigências burocráticas dos planos de saúde odontológicos visam a garantir o lucro das operadoras

Os cirurgiões-dentistas reclamam nesta categoria e discorrem sobre a grande quantidade de entraves burocráticos que, muitas vezes, são necessários para a realização de alguns procedimentos odontológicos em pacientes que possuem planos de saúde.

não eles tem um limite por paciente, eu já explico isso para o paciente, oh esse mês vou te pedir uma liberação da ficha, então geralmente é uma consulta, uma limpeza, e as vezes até duas ou três restauração dependendo o limite de 500 a 600 unidades odontológicas por mês então se o paciente tem mais coisas pra fazer, agenda em várias fichas, então eu terminei um paciente x no dia 14 agosto eu não posso pedir outra ficha dia 15 eu vou só poder pedir nova ficha no dia 01 setembro, então todos os pacientes que eu solicitei senha no mês de agosto e eles me liberaram e eu entreguei as fichas até 5 setembro eu recebo no dia 12 de outubro (X)

É tem mais fichas pra preencher, ainda que hoje fácil a entrega, você vê que antigamente tinha que passar com fax, aí era mais complicado, mas eu não sou contras os convênios, eu acho que tem que ter, eu sou contra os convênios ruins, aquele que exploram os colegas, não posso dizer que sou a favor, eu acho que é normal que hajam convênios assim não sei quantas operadoras são mas é isso eu vejo devem ser bastante que eu vejo é esse aumento das ruins(W)

Eu acho assim oh tem o convenio tipo o porto que é um convenio muito bom, é um convenio q dá porcelana, dá clareamento, e é um convenio mais diferenciado, a uniodonto já não dá esse trabalho estético, então quem tem esse convenio é porque tem a possibilidade através do porto, eu pego a uniodonto porque é a mais comum, então só tem aqueles trabalhos, mas em relação ao que o paciente contribui eu acho q ta de certa forma no nível se ele quer realmente um implante, ou uma prótese fixa eu acho que ele devia pagar mais por isso, creio eu, geralmente é clínica geral, dentística perio é inferior o valor da tabela normal(Q)

5.1.6 O exercício profissional em um serviço público é percebido como segurança financeira

Da mesma maneira em que o plano de saúde é visto como forma de garantia de valor financeiro fixo no mês, trabalhar no setor público também é percebido desta forma, ou seja, uma segurança financeira em que eles podem ter férias, licença maternidade e décimo terceiro salário.

tem um salário todo mês garantido, tem 13, tem férias, o que não tem no consultório, a gente tem que trabalhar noite e dia e não tem um 13 e uma garantia(H)

Ah é uma garantia de salário, de férias, uma garantia de... eu acho que pra mim é fundamental eu preciso essa segurança do serviço publico pra depois, eu preciso daquele salário garantido(T)

Com décimo terceiro, férias Exatamente, licença maternidade 6 meses agora [...], nossa, quando eu me formei tinha um monte de concurso, então a primeira coisa que eu queria era ter alguma coisa garantida de segurança, de se ter uma certeza mesmo que seja pouco, que se tenha certeza que vai ter aquilo. No particular você não tem certeza, você sabe que ganha mais ou menos um tanto mas não pode afirmar(M)

5.2 A ODONTOLOGIA COMO PROFISSÃO LIBERAL

Neste eixo foram reunidas as falas dos entrevistados que expressavam o entendimento dos cirurgiões-dentistas da Odontologia como uma profissão liberal.

E subdividiu-se nas seguintes categorias: o plano de saúde é uma ponte para a prática liberal; o plano de saúde como uma estratégia para o alcance do status profissional desejado; o mercado de trabalho em odontologia; e o desejo de desligar-se dos planos de saúde odontológicos.

5.2.1 O plano de saúde é uma ponte para a prática liberal

A característica principal desta categoria é o plano de saúde odontológico como alternativa para a conquista da prática liberal da Odontologia, prática esta vista como norteadora e base da profissão e da

maneira de atuação do cirurgião-dentista no mercado de trabalho conforme pode ser observado nas seguintes frases:

mas a partir do momento que ele consiga montar a clientela dele que algumas pessoas comecem a valorizá-lo, a conhecê-lo como profissional, a saber que ele é mais gentil, que ele tem uma excelente técnica, ou ele acolhe a todo momento, 24 horas, ou ele faz emergência, enfim, no momento que ele descobre o seu potencial, ele não precisa mais ficar atado a essa bengala que é o plano de saúde, ele pode começar a ter sim a sua clientela, e organizar do seu jeito a forma de atendimento, tratamento, pagamento, essas vantagens(P)

Assim oh, eu hoje, eu vou ser sincera com você, eu já tenho alguns convênios que eu já to querendo já oh, que com quase nove anos de formada já da pra ter uma certa estabilidade de clientela e a agenda acaba ficando um pouquinho saturada tem bastante gente que liga pro consultório querendo marcar particular e eu não tenho horário, a agenda ta lotada de convênio e eu jamais tiraria aquele paciente que já ta marcado pra botar então as vezes eu tenho que condensar meus horários encaixar pra dar conta mas hoje como eu estou diminuindo, no começo era mais de 50% convenio, hoje eu já posso dizer que é 60% particular, e eu já parti pra ortodontia que eu não faço por convênio eu acaba ficando com 60% particular e 40% convenio(Q)

5.2.2 O plano de saúde como uma estratégia para o alcance do status profissional desejado

Nesta categoria, observa-se nas falas a necessidade de aceitação por parte da classe de colegas cirurgiões-dentistas. Utilizam-se do convênio aos planos de saúde odontológicos para que ocorra, assim, uma aproximação deles com outros profissionais e conquista do status profissional desejado.

É que tenho uns colegas que me mandam pacientes de convênios e me mandam pacientes particulares e não posso dizer oh só me manda paciente particular, eu acho isso, ai eu tenho que tentar conciliar (K)

É exatamente, o teu trabalho é visto, eu acho por esse ponto, e talvez pelo lado do prestígio que os relacionamentos com os outros profissionais, e também o presidente [...]é meu amigo, é uma pessoa muito próxima, freqüenta a minha casa, e eu não gostaria de dizer poh o

doutor ta falando mal, eu até falo bem, eu acho que é bom para os pacientes(K)

Ah eu acho que é uma tendência sim, ainda que por mais que nem todo mundo tenha acesso a odontologia, ainda mais na concorrência que tem e que os preços caíram, uma vez odontólogo era rico, tinha muito dinheiro, a concorrência era menor(Q)[falando sobre o mercado de planos de saúde odontológicos]

5.2.3 A saturação do mercado de trabalho da Odontologia

Os entrevistados expuseram a dificuldade de inserção no mercado de trabalho da Odontologia, o grande aumento dos cursos de graduação e a expansão exponencial no número de cirurgiões-dentistas trabalhando, principalmente, na região pesquisada, devido a sua alta qualidade de vida e proximidade com o mar. As falas a seguir representam esta posição.

Sou suspeito para falar porque hoje a gente participa da universidade que tem o pró-saúde e que se coloca que hoje virou uma alternativa pra quem sai da faculdade, sai da faculdade e vai trabalhar no serviço publico, porque particular não tem mais, os convênios estão limitando também os conveniados, então o serviço publico esta absorvendo, tem muitos PSFs , ta criando essa demanda, os concursos estão dando 100 por 1, eu acho que o governo nunca se fez tanto pela a odontologia nos últimos tempos, nunca se fez tanto pela saúde bucal, nunca se criou tantos empregos, eu faço supervisão de estagio aqui, a população tem acesso, tem dentista em toda a rede, eu acho que, eu não sei como estaria se não tivesse sido criado todo esse conjunto de coisas q o governo criou pra a saúde bucal, eu acho que nós estaríamos com um problema bem serio, porque eu acho que vai chegar um momento que não vai absorver mais, porque ta ficando é.. ta ficando saturado, tem dentista que ta fechando consultório, aqui em Itajaí tem muitos (40) postos, e tem muitos empregos também, postos estão na iniciativa(K)

Não ta fácil, ta cada vez mais difícil, as vagas na prefeitura são poucos e tem muitas faculdades, quando eu me formei só tinha uma e já foi difícil conseguir alguma coisa imagina agora com todas as faculdades q tem(T)

é de mercado e eu acredito que cada vez mais vai ser mais de plano do q particular hoje em dia você pega uma tabela da Bradesco saúde ele

cobre tudo endodontia, prótese, cirurgias.. é.. biópsia, fratura, redução de luxação de ATM²⁷, então o paciente tendo um plano assim como top pra q ele vai pagar o particular(Y)

tinha pessoas que vinham fazer vinha lá do oeste de Santa Catarina que não tinha universidade lá, Chapecó, xaxim ele vinham pra cá ficavam 4 anos em Balneário morando de frente pra praia daí o que acontece, não vai voltar pra lá então o litoral a faixa litorânea inchou e ao mesmo tempo os pacientes não cresceram na mesma velocidade eu não tenho os números mas os cooperados da uniodontos são 200 300 (Y)

começou a uns oito anos mais ou menos antes era bem mais 30 a 40 pacientes mês era menos, na verdade Itajaí era uma antes da univali e uma depois da Univali quando eu vim pra cá em 1990 só existia a Universidade Federal de Santa Catarina e no Paraná existia Federal a PUC de Curitiba a UF de Ponta Grossa, de Maringá e de Londrina a Tuiuti tava começando a implanta então pro estado com 6, 7 universidade, eu fui pra um estado que só tinha uma o campo de trabalho aqui era muito grande em SC tanto é que o meu CRO em Curitiba era 5800 e alguma coisa quando vim pra cá era 2805 menos da metade então o mercado do Paraná estava começando a saturar quando eu vim pra cá dois anos depois começaram a idéia da universidade da Univali aí eu não sei o que aconteceu houve uma troca com Blumenau pra ter medicina aqui tinha que deixar abrir odonto na FURB aí abriu em Tubarão, Lages, Joinville, aí o mercado de SC mais ou menos por ser um estado ate menor que o Paraná ele encheu NE(Y)

5.2.4 O desejo de desligar-se do plano de saúde odontológico

Concordando com a categoria “o plano de saúde é uma ponte para a prática liberal da profissão”. Nesta os cirurgiões-dentistas, após a utilizarem como uma forma de confirmação de sua prática, a abandonam em favor da prática liberal.

Na verdade ta agora ta como eu quero, eu atendo mas não me atrapalha os particulares, assim é legal, não ta tomando todo o meu tempo enchendo a minha agenda só de convenio, dessa forma não tem problema, tranqüilo(L)

²⁷ Termo comumente utilizado pelos cirurgiões-dentistas para designar a Articulação Temporomandibular (ATM)

... só uso a uniodonto em função de da minha honestidade Tem muitas coisas a serem feitas e não me interessa ter um dia inteiro pessoas da uniodonto marcadas aqui, as pessoas que vem são atendidas as que não vem não vem(W)

é para aumentar o número de pacientes, pelo menos foi isso com a gente, porque depois você não consegue meio que se livrar apesar de eu não ser cadastrada e trabalhar, porque sabe, daí tem sempre aquele paciente que quer fazer ali contigo “há mais a senhora não tem Uniodonto mais” então sempre, depois que você começa é difícil você largar(M)

5.3 O PAPEL SOCIAL DA PROFISSÃO

Neste eixo foram reunidas as falas dos entrevistados que expressavam o entendimento dos cirurgiões-dentistas do papel social exercido pela sua profissão. Os cirurgiões-dentistas o fizeram de duas formas distintas: as quais foram utilizadas como categorias do eixo temático: o plano de saúde é uma forma de acesso ao atendimento odontológico para a população e o serviço público é um espaço de expressão do papel social da odontologia.

5.3.1 O plano é uma forma de acesso ao atendimento odontológico para a população

Para o cirurgião-dentista, uma maneira de suprir as necessidades odontológicas da população é proporcionando a ele a alternativa dos planos de saúde odontológicos em que, segundo os profissionais, melhora a qualidade de vida da população.

se o fulano é credenciado a um plano, paga um plano, ele tem que ter esse acesso ao consultório dele, o paciente tem que ter acesso, o paciente tem que ter acesso a tipos de pagamento, a formas de atendimentos,(P)

porque para o usuário vale a pena, mas vai muito do usuário que encontra um profissional que tem varias atividades, o que eu acho que se remunera muito mal pelos planos, isso na clinica geral, eu já trabalho diferente (H)

Eu acho que a melhora da qualidade de vida, primeiro que os convênios atingem uma pequena parcela da população aí tem muito pobre que não tem nada faz 70% e os com ordenado que tem são 30% e se conseguir ampliar de 30 pra 50 % imagina quanto bilhões de pessoas vão ter acesso, o problema é que os planos de saúde querem ganhar também não querem perder também, essa é a história, então virou um costume, não é que nem o esquema publico pode ter prejuízo, o governo vai ter que cobrir de qualquer jeito e o plano de saúde não ele foi criado pra dar lucro, então é que alguém ta ganhando, e então alguém tem que sair perdendo e eu não sei se é uma alternativa, acho que não,(K)

hoje já deu uma baixada mas ainda assim tem pessoas que não tem acesso, mas eu acho que é uma tendência mesmo pra facilitar as pessoas a terem esse acesso(Q)

5.3.2 O serviço público é um espaço de expressão do papel social da Odontologia

O setor odontológico na saúde pública está em expansão e processo de melhoria tanto pela inserção do Programa Brasil Sorridente quanto pelas equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família. Desta forma, a atuação da profissão nesse nicho de mercado é vista pelos cirurgiões-dentistas como uma forma de expressão do papel social da Odontologia.

Eu acho que de certa forma não é saída porque não compensa não agrada a todas as partes mas deixa de ser uma alternativa de acesso, acho que como alternativa serve, só que amplia o acesso buscando um profissional que já tem uma carga de paciente particular não sei se é esse o alvo desse profissional, que deve fazer é preciso achar outra forma atípica a isso, eu não se vale a pena se você pensar quando eu comecei a trabalhar, o ambiente profissional também era outro, os valores que ganhava eram outros(K)

Eu não posso te dar uma opinião exata porque eu nunca trabalhei em serviço publico mas é antes, até pouco atrás aqui em Itajaí era um pouco complicado, as pessoas precisavam e não tinham acesso, hoje abriu as especialidades, aqui em Itajaí a gente tem o CEO, então já ta começando a ter cirurgia de 3 molar, endodontia e as pessoas que trabalham nesse meio eu conheço e eu sei que são pessoas capacitadas e o atendimento hoje melhorou muito de 10 anos atrás hoje eu posso dizer que ta bem melhor(Q)

tenho 10 horas semanais a disposição para o pro-saúde, trabalho nesse projeto que reorienta a formação profissionais dos profissionais de saúde para que eles atendam melhor o serviço publico, e por outro lado atendo no setor privado onde eu vejo diariamente, ou com frequência, a demanda do setor privado ta diminuindo porque está melhorando o serviço público, então como cidadão eu acho maravilhoso que hoje exista na grande maioria das unidades de Itajaí, obviamente a minha tem relacionado a Itajaí, existe uma forte tendência de uma real melhora nas instalações e na aproximação e se acostumando com os colegas com o posto e com tudo mais ainda mais q o pró-saúde tem dado qualidade de equipamentos, raio x, novos unidades, novos amalgamadores, tudo isso então para ser mais objeto, para a população em geral é muito bom e para os dentistas q sobrevivem só com a clinica privada cada vez mais isso é uma tendência cada vez mais esses colegas o qual eu me incluo também nós teremos menos pacientes porque o serviço publica esta melhorando eu não tenho a menor duvida disso particularmente em Itajaí onde eu tenho acompanhado e tenho ajudado no processo,[...] para a saúde do município, para os usuários pra saúde oral dos usuários é muito bom(W)

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De uma maneira geral, o todo das entrevistas relaciona ou apresenta um ponto de vista relacionando à Odontologia e sua prática com a questão da autonomia.

A questão da profissão odontológica ser, até a década de 1980, como afirma Freitas (2004, p.14), “uma das práticas mais elitizadas no país”, enfatiza a visão do cirurgião-dentista adquirida tanto nos bancos escolares como a apropriada da cultura geral de que a autonomia deve ser mantida a qualquer custo.

Essa maneira de visualizar o próprio fazer se traduz na maneira de agir do profissional ostentado pela dificuldade em se adaptar às mudanças efetivas ocorridas na última década no mercado de trabalho do setor odontológico.

Figueiredo, Brito e Botazzo (2003) observam que o país adota um modelo de produção técnico-científico não condizente com a realidade do Brasil e que esta postura implica em uma ciência na área da saúde quase sempre voltada a ‘testagem’, tanto na área acadêmica quanto na cotidiana, que promove o setor privado de saúde e tem, portanto, “favorecido a venda e o consumo de um bem que vem sendo considerado uma mercadoria: a saúde”.

Iyda (1998) afirma que a forma de conhecimento decorrente do modelo capitalista da ciência retira da Odontologia o essencial: a humanidade, isto é, o trabalho e suas relações sociais, bem como, a sua historicidade. Para a autora, o único foco do trabalho do dentista é a arcada dentária esquecendo-se do homem e, assim, condicionando o valor de uso da Odontologia a uma estrutura de necessidades incutindo ao consumo mínimo de saúde para todos os indivíduos.

Segundo Figueiredo, Brito e Botazzo (2003, p. 762), o sistema capitalista se prevalece da associação atual de saúde aliada à qualidade de vida e ao prazer e transforma a busca deles em produtos, “que anuncia, coloca à venda e ‘exige’ a compra”, então transforma o desejo humano em mercadoria e alimenta o consumo dos serviços de saúde “como uma fantasia criada pelo próprio sistema, exatamente por considerar os serviços de saúde um produto privado”.

Isto fica bastante evidente nas falas sobre como os pacientes de planos trazem os pacientes particulares, pois, afinal o que importa é a questão financeira e de sustentação como profissional independente,

tratando fatalmente a saúde dos pacientes como uma mercadoria ao qual oferece em troca de pagamento exerce seus serviços profissionais.

A própria constituição da profissão da Odontologia apresenta um caráter privado, corporativista, tendendo ao monopólio (BOTAZZO, 2000). Complementando essa afirmação, Manfredini e Botazzo (2006) manifestam que a Odontologia por muitos anos usou e abusou dos preços praticados devido ao preço dos insumos odontológicos e, poucas vezes foram questionados, confirmando o pensamento usual da saúde bucal não ser direito do cidadão e sim algo a ser regulado pelo mercado.

Constata-se que os dentistas manifestam seu descontentamento e inquietação em relação às questões econômicas, seguindo os mesmos resultados da pesquisa de Matos (2005). A autora ainda complementa que isto se deve às mudanças ocorridas no mercado de trabalho da Odontologia, mudando as feições da prática profissional e atingindo tanto a autonomia técnica quanto a situação econômica.

Segundo pesquisa realizada pelos Centros Colaboradores em Saúde Suplementar da Região Sul (CECCIM, 2007, p.16), esse “imaginário liberal-privatista atravessa o que se ensina sobre saúde desde a educação infantil até a pós-graduação das áreas clínicas em saúde”. Essa educação é marcada pela prática de consultório, pelo atendimento individual baseado na prescrição de medicamentos para cura de doenças e não visando à saúde do indivíduo, ou seja, fortemente embasada no “curativismo”.

Ainda segundo a pesquisa, nesta perspectiva,

“o ideal do exercício liberal (individual) da profissão e o ideal do cenário consultório-prescrição (de ampla autonomia) terminam por estabelecer a vigência – no plano ideativo - da imagem liberal-privatista a ser reproduzida nos subsetores estatal (próprio ou complementar) e suplementar. Esse imaginário enaltece o subsetor suplementar, colocando-o como projeto profissional, embora a pouca ou nula reflexão crítica sobre sua resolubilidade, apropriação dos termos da integralidade em saúde ou comunicação com as redes sociais de pertencimento e inclusão dos usuários” (CECCIM, 2007, p. 8).

Observou-se, durante o trajeto da pesquisa, que, apesar de haver divisão entre clínicos gerais e especialistas na lista da operadora, apenas um cirurgião-dentista não possui algum tipo de especialidade. Os demais situavam na lista apenas como clínicos gerais utilizavam a operadora, ou seja, o credenciamento ao plano de saúde odontológico, como forma de captação de clientes para as suas especialidades em que

o tratamento é feito por desembolso direto do paciente. E entre os especialistas, apenas 1 (um) realizava somente os procedimentos da especialidade.

Freitas (2004) enfatiza que a especialização é uma das formas encontradas pelos cirurgiões-dentistas para a preservação da sua autonomia e para isso se articulam em torno do saber individualizado e independente dos demais saberes.

Esta captação dos pacientes através da clínica geral serve para que, após os tratamentos iniciais cobertos pelos seus planos de saúde, o cirurgião-dentista tenha a oportunidade de ofertar seus serviços de especialista, recebendo monetariamente mais e compensando o pagamento pelos convênios e planos de saúde a que está credenciado.

A prática atual da odontologia ainda está estruturada de forma para que os dentistas continuem, ou busquem uma forma de continuar, trabalhando da mesma forma idealizada do senso comum de 30 anos atrás (FREITAS, 2004; MATOS, 2005).

Essa determinação em continuar trabalhando de forma autônoma e liberal é apenas ilusória. Fato que é evidenciado pelas entrevistas em que o cirurgião-dentista demonstra a sua resistência em modificar a forma de visualizar sua profissão. Por outro lado, se utilizam dos meios atuais de mercado, os planos e convênios de saúde odontológicos como forma de inserção e manutenção de seu nicho de trabalho.

Rodrigues (2002, p.33) e Zanetti (1999) afirmam que a criação das faculdades de odontologia que formam, na maioria, profissionais para atuar de autônomos é lançada no mercado de trabalho desorganizada socialmente produzindo uma vida profissional alienada.

Por outro lado, Reibnitz Júnior (2008) afirma que os graduandos de Odontologia reconhecem o setor público como campo crescente de inserção do cirurgião-dentista no mercado de trabalho. Afirma, ainda, que esse campo não deve existir por si só como local de emprego, mas que o cirurgião-dentista compreenda o propósito, funcionamento e o papel social que exerce neste sistema público.

De modo geral, os cirurgiões-dentistas se formam e impregnados do imaginário da profissão acreditam na necessidade de firmar sua carreira em consultórios particulares. Esta prática é realizada de preferência em cidades com estrutura de médio a grande porte e é o que evidencia a fala:

“tinha que abrir o consultório em algum lugar, daí decidi abrir numa cidadezinha boa”(M)

Como o mercado de trabalho da área odontológica sofreu intensas mudanças nas últimas décadas, esse profissional não mais consegue essa inserção da forma idealizada. O sistema capitalista da atualidade cria e impõe diversos mercados, e quando há demasiada oferta de um serviço, caso do grande número de cirurgiões-dentistas, o preço destes serviços tende a cair.

Segundo Rodrigues (2002, p. 130) surgiu uma dicotomia de “muitos dentistas com poucos pacientes e muitos pacientes sem assistência nenhuma”. A prática odontológica puramente autônoma está em processo de transformação inserindo-se uma corrente para o setor público e outra para o setor privado. No setor público, a estrutura governamental está investindo na área preventiva, mas também na de cuidado curativo e no setor privado há um crescimento no setor de intermediação dos serviços tanto por entidades públicas quanto privadas.

Há a necessidade, de certa forma, de credenciar-se a convênios ou planos odontológicos com a intenção de conseguir atuar em um mercado com muita concorrência, pois, a quantidade de cirurgiões-dentistas formados todos os anos é expressiva. Também há o mercado ofertado pelo setor público, o assalariamento é uma saída para os profissionais que estão em início de carreira (SILVA, 2003; FREITAS, 2004; MATOS, 2005; VIEIRA, 2007).

Segundo Freitas (2004, p. 122) o fato de a Odontologia ter se consolidado como prática liberal, eminentemente privada, com pouco ou nenhuma inclusão para a maior parte da população ao longo da história, com uma inserção muito tardia no setor público, são poucos e questionáveis os benefícios que a Odontologia dispensa à sociedade. Evidenciando, assim, a característica expressa pelos dentistas na presente pesquisa observando a saúde dental da população apenas como mecanismo de ganho financeiro.

Matos (2005, p.63) constata que, nas últimas décadas, houve um deslocamento das atenções dos profissionais de saúde desviou-se da responsabilidade pelo cuidado em saúde para a preocupação dos profissionais em tornarem-se empreendedores.

E Ceccim (2007) afirma, de acordo com as conclusões de seu estudo, que o tipo de prática profissional na área de saúde se constrói de acordo com as vivências durante a formação dos profissionais.

Reibnitz Júnior (2008), por outro lado, afirma que os formandos em Odontologia, após as mudanças de currículo que estão ocorrendo nas faculdades de Odontologia, estão mais conscientes da importância da atenção básica, dos procedimentos e desenvolvimento de ações de

promoção de saúde nas unidades básicas de saúde. Entretanto, ainda deixando a desejar na observação da integralidade da atenção à saúde.

Fazendo contraponto, o desenvolvimento da odontologia dentro da saúde suplementar favorece o surgimento de mais uma opção de assalariamento para os profissionais da Odontologia, entretanto, favoreceu, principalmente, para a ampliação de acesso à saúde bucal às parcelas não favorecidas da população (RODRIGUES, 2002).

Artigo da ABO (BARROS, 2003), traz uma reflexão, dados gerais do setor de saúde suplementar em odontologia e as principais vantagens e desvantagens aos profissionais da área. As vantagens citadas são as mesmas registradas pelos profissionais entrevistados nesta pesquisa (BARROS, 2003):

“aumenta o número de pacientes no consultório; aumenta o giro de pacientes; tem garantia de pagamento; [...]; divulgação do nome e da especialidade; rendimento regular; [...]; aproveitamento do tempo ocioso” BARROS, 2003. P. 328):

Dados estes que corroboram com os resultados da presente pesquisa e com o fato de os cirurgiões-dentistas relutarem em aceitar as mudanças ocasionadas no mercado de trabalho e na manutenção da sua autonomia.

Em estudo de D'Ávila et al (2007), os cirurgiões-dentistas da Paraíba relataram, na maioria dos casos, uma insatisfação em 63,7% e, ainda, 30,4% dos profissionais pretendem desligar-se dos planos. O mesmo é evidenciado por este estudo em que os profissionais relatam o desejo de desvincular-se do plano de saúde a partir do momento que conseguirem certa estabilidade na quantidade e na manutenção de uma carteira de clientes/pacientes.

Outro ponto em comum com o estudo é o relato do desagrado em relação aos valores pagos pelos procedimentos, com a remuneração e com a interferência dos convênios e, consequente, perda de autonomia; entretanto, também pretendem continuar trabalhando com essas empresas devido ao aumento de sua renda (D'ÁVILA et al, 2007).

As principais alterações em decorrência do crescimento do setor de saúde suplementar ocorrem nos processos da prática, onde o intermediário determina o preço e a forma de pagamento dos tratamentos odontológicos. A estrutura, os produtos e os resultados não demonstram alterações significativas em decorrência do crescimento do setor de saúde suplementar (RODRIGUES, 2002, p.185).

Ceccim (2007, p.9) observa que há uma perda e uma intensa regulação das “autonomias profissionais em nome do interesse econômico das empresas e seguradoras de saúde, quando os profissionais atuam na saúde suplementar”. Ainda, segundo o autor, o maior prejuízo aos profissionais é constituído pelos danos à saúde pessoal, podendo ser combatidos através da observação dos direitos do trabalho. Entretanto, por outro lado, “o dentista é naturalizado e subsumido como inexpugnável, além de ungido como condição social ao prestígio público, sucesso na carreira e superioridade profissional e econômica”.

Freitas (2004, p. 94-95) afirma que a autonomia profissional do cirurgião-dentista se constitui de forma organizada em consultórios isolados e independentes em que o profissional comercializa o seu serviço e determina diretamente a remuneração do seu trabalho e a construção dos laços com os seus pacientes. Essa forma liberal ainda é ainda a imagem que a população tem da profissão, assim como, a imagem utópica dos profissionais da Odontologia em formação (CECCIM, 2007) e colabora intensamente com a definição, por parte dos cirurgiões-dentistas, na elaboração das vantagens em atuar com planos de saúde e credenciamentos, sem muitas modificações, como visto anteriormente.

As questões de assalariamento, da dependência do trabalho nos consultórios de convênios e credenciamentos, do cerceamento da autonomia, ainda são vistos, para a maior parte dos cirurgiões-dentistas, principalmente os especialistas, como extrínseca à prática da odontologia (FREITAS, 2004).

Para a manutenção da autonomia profissional, os cirurgiões-dentistas apostam na relação com os pacientes tendendo à manutenção da relação de proximidade e da qualidade do atendimento como evidenciado nas seguintes falas profissionais

“o serviço que eu faço particular aqui é a mesma coisa”

“[...] na verdade eu nem sei se ele é de plano de saúde ou particular”

Entretanto, os dentistas sentem-se cerceados na sua autonomia quando as operadoras de planos de saúde realizam muitas exigências burocráticas para a realização de procedimentos odontológicos. Fato esse que concorda com a pesquisa de Freitas (2004, p. 108). A autora enfatiza, ainda, que fica evidente a interferência dos gestores das empresas com implementação de controles explícitos a todos os

envolvidos (profissionais credenciados, peritos e pacientes) com objetivo de manter os custos baixos em vez de promover o acesso aos cuidados odontológicos.

O cerceamento da autonomia é realizado nos profissionais que trabalham com as operadoras de planos de saúde limitando as relações com os pacientes, desde a determinação dos valores até a escolha de procedimentos odontológicos.

O processo microrregulatório que acontece entre as operadoras e os prestadores de serviços como, por exemplo, estabelecimento de rotinas e fluxos de referência, dificulta a solicitação de alguns procedimentos e, além disso, ainda há a existência do co-pagamento, podendo resultar numa fragmentação do cuidado.

Segundo Jorge et al (2005, p. 33) “essa fragmentação do cuidado que se torna centrado na lógica da demanda e da oferta do que foi contratado e não na lógica da produção de saúde”. Os autores afirmam, ainda, que as operadoras trabalham com a sinistralidade, passando a tratar a saúde como produto a ser ofertado para o mercado e não como um bem a ser ofertado como cuidado, deixando de lado o conceito de produção de saúde.

Baseado na questão de oferta de produto no mercado, a ANS (2009c) afirma que a sinistralidade²⁸ é uma característica da franca expansão do setor odontológico, pois este oscilou no setor entre 0,5 e 0,45 no período de 2007-2009, enquanto no segmento médico-hospitalar é em torno de 0,80. Isso significa que apenas metade da receita proveniente das contraprestações é destinada ao pagamento de despesas odontológicas enquanto isso equivale a 80%.

Outro fator, segundo a ANS, que contribui para essa expansão superior ao setor médico está no ciclo operacional, ou seja, na diferença entre o prazo médio de recebimento das contraprestações e o do pagamento dos eventos. Na odontologia este prazo é, em média, de 15 dias, enquanto no setor médico-hospitalar é de 30 dias (ANS, 2009c).

Então, segundo a ANS (2009c), a justificativa para a expansão dos planos parcialmente está justificada

“pelo grau de atratividade do negócio, pelos incentivos gerados pela organização em cooperativas que geram redução de custos transacionais além de sinergia operacional e bons fundamentos econômico-financeiros” (ANS, 2009c. p. 82-83).

²⁸ Sinistralidade é um indicador econômico-financeiro que estabelece a relação faturamento vs despesas, neste caso, odontológicas. (ANS, 2009c).

Entretanto, essa forma de visualização do serviço odontológico como produto contribui para que o cirurgião-dentista também a utilize para as relações com as operadoras e os beneficiários dependendo exclusivamente das relações de mercado.

Apesar de a produção do cuidado nos espaços relacionais ser moldada pelos limites contratuais, pela microrregulação praticada pelas operadoras e pela predominância no uso de tecnologias duras e leves, também é moldada pela descontinuidade da linha de cuidado, que contribui para a baixa eficácia, eficiência e efetividade das ações praticadas no setor odontológico (ANS, 2009c).

Assim, a odontologia suplementar é caracterizada, ainda, pela demanda espontânea devido à presença de dor ou outro sintoma das doenças bucais; na crescente especialização e fragmentação do cuidado; no enfoque basicamente curativo e restaurador do processo saúde/doença; na valorização dos determinantes biológicos das doenças em detrimento aos determinantes sociais, ambientais, culturais e econômicos (ANS, 2009c).

Essa lógica de mercado constituiu, segundo a ANS (2009c), padrões, tanto de consumo como de produção de serviços odontológicos, que contribuem diretamente na elevação dos custos e no aumento das barreiras de acesso.

Pois, poucos setores da economia possuem as características do setor de saúde suplementar. Este setor envolve um tensionamento dos três setores envolvidos: as operadoras de planos e seguros, os prestadores de serviço e os beneficiários. Além destas características, está o Estado com a função prioritária: estabelecer políticas setoriais em harmonia com a política pública de saúde nacional (BRASIL, 2007).

Por outro lado, Vieira e Costa (2008, p. 1580) afirmam que o mercado de planos de saúde odontológicos cresceu não somente por essa questão empresarial observada pela ANS. Está condicionado por “uma estratégia dos profissionais da classe odontológica na tentativa de permanecerem inseridos no mercado, mantendo autonomia de acesso ao financiamento direto dos clientes”.

Em 2003, eram 203.713 dentistas e destes, 47,6% trabalhavam com convênios ou credenciamento e 14,7% participavam de algum tipo de cooperativa odontológica. Em 2010, de acordo com o CFO (2010), o total de cirurgiões-dentistas inscritos é de 229.849 um aumento de 12,83% no número de profissionais no Brasil.

Os autores afirmam, ainda, que o aumento no número de profissionais com consequente maior aumento da concorrência por pacientes e uma diminuição no desembolso direto geram respostas como a criação de empresas cooperativas ou sociedades civis de natureza empresarial. Essa resposta se deve à percepção da classe odontológica estar baseada na saída já adotada por outra classe com sucesso, a medicina (VIEIRA, COSTA, 2008).

Na relação entre prestadores e operadoras de planos de saúde, a última tem se utilizado da crise do mercado dos profissionais autônomos para impor a sua tabela de valores (ANS, 2009c).

Para que se consigam boas relações entre os três setores envolvidos é fundamental que o Estado exerça uma regulação vigorosa. O debate sobre o rol mínimo de procedimentos e a conclusão da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos (CBHPO) é um importante passo para reorientar as relações entre as operadoras e os prestadores de serviço (ANS, 2009c).

Segundo Noronha (2010), a receita dos planos de saúde supera o orçamento do Ministério da Saúde para atender 25% do total da população. Há um processo crescente não de ampliação do SUS e sim, da ampliação destes mercados de planos e seguros privados de saúde. Enfatiza, ainda, que há necessidade de defender o SUS destas pressões de mercado através da democracia, do sufrágio universal e da mobilização da sociedade civil nas suas diversas formas para manutenção desta conquista social.

Segundo Informativo do CONASS (2010) uma das oito metas da saúde para o Brasil para o ano de 2022 é zerar os subsídios para os planos privados de saúde. Estes subsídios estão na casa dos 14 milhões por ano em cifras atuais aproximadas. A diminuição destes seria progressiva até cair a zero, e o valor monetário destes subsídios deve ser investido para tornar o SUS de fato universal, integral e de qualidade.

Se um dos principais problemas do SUS é a insuficiência de recursos financeiros (FINKLER et al, 2009), a proposta de zerar os subsídios é uma forma de se conquistar valores para que se proporcione à população uma melhor atenção e assistência odontológica.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletindo sobre o trabalho odontológico, deve-se resgatar como uma categoria profissional em crise, que insiste numa prática liberal de trabalho, pois possui uma natureza autônoma. Por outro lado, defronta-se com uma realidade diversa da sua utopia, na qual as operadoras de planos de saúde odontológicos têm interferido efetivamente nos primórdios do imaginário profissional e produzem, assim, mudanças nas formas de organização, gestão e orientação do trabalho do cirurgião-dentista.

O sonho da prática liberal, da relação dentista-paciente, da autonomia e da competência profissional fundamentou o discurso de gerações de cirurgiões-dentistas e das instituições que formam estes profissionais.

Assim como na Medicina, a Odontologia vislumbra duas vertentes de atuação da prática profissional, uma em defesa da prática liberal e individual da Odontologia, em consultórios particulares e outra, a demanda tanto individual quanto coletiva deveria ser absorvida pelo Estado.

A tensão entre estas duas vertentes se deve, principalmente, à complexidade tecnológica crescente do setor odontológico e da interferência, também crescente, de agente intermediário entre o cliente/paciente e o profissional, este podendo ser o próprio Estado ou por alguma empresa privada, o que torna a prática liberal minimizada.

Essa minimização da prática liberal deve-se, primariamente, pela perda das características centrais como a liberdade de escolha, a captação livre de pacientes no mercado e a possibilidade de determinar os valores monetários cobrados pelo seu trabalho.

Secundariamente, a introdução de novas tecnologias e sua complexidade conjuntamente ao recorte biologicista introduz novos insumos e a dependência cada dia maior destes interfere de maneira efetiva na autonomia, tanto técnica como econômica, da Odontologia.

Esse modelo tecnicista da Odontologia faz com que se maximize o valor do uso da tecnologia e que os dentistas esqueçam-se da função cuidadora ou mantenedora da saúde dos indivíduos e da população.

Então, estes novos exponenciais de trabalho fizeram com que a Odontologia liberal, progredisse para outras formas de exercício profissional tanto no setor público como no setor privado ou em ambos.

Constatou-se, ainda, que a cobertura dos serviços do setor de saúde suplementar está aquém das reais demandas por abrangerem

apenas, prioritariamente, os serviços médico-hospitalares, não contemplando a assistência integral a saúde.

Na Odontologia, essa cobertura está em ampliação e seu crescimento é superior ao crescimento da assistência médico-hospitalar. Por outro lado, ainda está aquém da supressão das necessidades sentidas da população e de seus indivíduos que possuem acesso ao sistema suplementar de saúde e, mesmo assim, existe uma possibilidade de ampliação deste mercado.

Por outro lado, é necessária a observação das formas de educar em Odontologia para que os formandos da área consigam visualizar a profissão de forma mais realista.

Os conflitos gerados pela forma de educar e o mercado de trabalho atual em Odontologia está realizando nas Universidades e Faculdade uma reorientação acadêmica. Isto também se deve ao apelo social sobre a necessidade de uma Odontologia para todos, que resolva os problemas de saúde bucal da maior parte da população que, ainda hoje, não tem acesso a esses cuidados.

Para isso, as faculdades de odontologia estão passando por reestruturações curriculares em que o aluno é levado a pensar de forma mais detalhada e discutir a realidade, tanto da população quanto da classe odontológica no mercado de trabalho, além de inseri-los através de disciplinas durante todo o decorrer do curso no setor público de saúde.

Desta realidade, cabe enfatizar o nicho de mercado que se constitui o setor público de saúde bucal. Este está sendo ampliado e qualificado através do Programa Brasil Sorridente, e o dentista insere-se como assalariado e necessita de um perfil próprio para atuar e contribuir para que a população ganhe em qualidade de vida.

Outra realidade, tema desta pesquisa, o credenciamento a planos e seguros de saúde odontológicos também está em evidência no novo mercado de trabalho. As relações estão sendo reguladas e com o apoio das entidades odontológicas brasileiras e da ANS buscando, dessa forma, que a saúde suplementar seja baseado no compromisso ético com a vida e com a promoção e recuperação da saúde.

Neste sentido, a saúde suplementar deve estar voltada à saúde e não a cura de doenças. Visualizando o indivíduo com integralidade da assistência e mapeamento do cuidado.

Outro problema observado no setor suplementar de saúde é a fragmentação do vínculo com o paciente/cliente. Nesta relação, o indivíduo deixa de ser um ser como um todo e passa a ser visto como procedimentos tantos quantos possam serem cobrados.

Afinal, em um setor que paga somente cada face trabalhada o indivíduo deixa de ser indivíduo e torna-se somente uma boca com dentes e faces a serem trabalhadas e lucros a serem adquiridos. Isso transforma a necessidade de restabelecimento de saúde, de verificação das necessidades deste indivíduo como um todo a apenas dinheiro e lucro para o profissional. Dessa forma, esquece-se na Odontologia da premissa principal do juramento feito ao se formar, o da honestidade e de jamais corromper os costumes ou desmerecer a Odontologia.

Ressalta-se ainda a necessidade de investimento social no sentido de melhorar e adaptar o SUS e a assistência privada à saúde às constantes transformações da sociedade brasileira. Reforça-se, ainda, que o modelo desejável é aquele que melhor responda com dignidade, eficácia e eficiência aos princípios do SUS de forma acessível a todos que necessitem.

Em um país em que seu sistema de saúde oferece saúde a todos, a proporção de planos e seguros de saúde deveria ser residual. Deveria estar presente como complementar e, mesmo assim, cada vez menos complementar. E para que isso aconteça é necessário um sistema de saúde bem regulamentado e regulado para que assim o SUS possua toda a estrutura e investimento necessário e realize seu propósito.

REFERENCIAS

ACIOLE, G.G.. A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec; Campinas; SP: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região, 2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (2006). Caderno de Informações da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Ano 1 (setembro 2006), Rio de Janeiro: ANS. 2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (2000). Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das operadoras de planos de assistência à saúde. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de n. 39 de 30 de outubro de 2000. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=159&id_original=0. Acesso em: 27 de abril de 2007.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (2007). *Caderno de Informações da Saúde Suplementar*: beneficiários, operadoras e planos. Ano 1 (junho 2007), Rio de Janeiro: ANS. 2007.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (2009a).. Caderno de Informações da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Ano 3 (março 2009), Rio de Janeiro: ANS. 2009a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (2009b).. Caderno de Informações da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Ano 3 (dezembro 2009), Rio de Janeiro: ANS. 2009b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (2010).. Caderno de Informações da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Ano 4 (março 2010), Rio de Janeiro: ANS. 2010

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (2009c).. Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2009c. 152 p

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (2005).. Programa de qualificação da saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2005.

ALMEIDA,C. **O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil:**

Panorama Atual e Tendências na Assistência Suplementar. Textos para Discussão n. 599. Brasília, IPEA: 1998.

ANDREAZZI, M. F. S. **O Seguro Saúde Privado no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro: 1991.

ANDREAZZI, M. F. S. **Teias E Tramas: Relações Público-Privadas no Setor Saúde Brasileiro dos anos 90**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2002

AURÉLIO. Dicionário da Língua Portuguesa, versão on-line. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/dicionario.php?P=Autonomia>. Acesso em agosto, 2009.

BAHIA, L. **Planos e Seguros Saúde: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil**. (Doutorado em Saúde Pública). ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro: 1999.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Revista de Ciência & Saúde Coletiva*. Nº 6. V. 2. 2001. p. 329-339.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 226p.

BARROS, Z. Planos Odontológicos: 80 mil CDs já fazem parte. E você? **Rev. ABO Nac.** v.10, n.6, 2003. p.326-331.

BAUER, M.W. Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto imagem e som: um manual prático**. (Tradução de Pedrinho A. Guareschi). Petrópolis: Vozes, 2002.

BLANCHET, A.; GOTMAN, A. **L'enquête et ses méthodes: l'entretien**. Paris: Nathan, 1992.

BOTAZZO, C. **Da arte dentária**. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, Saúde em Debate, 2000. 317 p

BRASIL. **Lei 9.656**. Dispõe sobre os Planos de Assistência à Saúde. Brasília: 1998.

BRASIL, 2000a. **Lei n.º 9.961/2000**. Dispõe sobre a criação da ANS. Brasília: 2000ª.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Regulação e saúde: uma abordagem econômica no contexto regulatório.** ANS, Rio de Janeiro: MS, 2002. 272p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003. 248p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar/Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** (coleção Progestores – para entender a gestão do SUS, livro 11) Brasília: 2007. 234p.

BRASIL. **População residente no Brasil** – DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>. Acesso em: dez/2009a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Glossário Temático: saúde suplementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 84p.

CAETANO, J. C. **Formação Profissional, força e mercado de trabalho em odontologia:** tendências e perspectivas em Santa Catarina. 202 folhas. Tese (Doutorado em Odontologia Social). Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ: 1993.

CECCIM, R. B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Ciência e Saúde Coletiva*. V. 13. N. 5. 2008. p. 1567-1578.

CECCIM, R. B. Imaginários da formação: a perspectiva pública e privada do trabalho em saúde no ensino de graduação. [relatório de pesquisa]. Centro Colaborador em Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumPageId=8A9588D425FEC170012608E6D29169D5&lumII=8A9588D425FEC170012608E878BF6D0D>. Acesso em: fevereiro/2010

CECHIN, J. A **história e os desafios da saúde suplementar:** 10 anos de regulação. São Paulo: Letras & Lucros, 2008. 302p

CECÍLIO, L. C. de O. et al. A saúde suplementar na perspectiva da microrregulação. In: MS/ANS. *Duas faces da mesma moeda:* microrregulação e modelos assistenciais em saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2005. p. 63–74.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. **Dados Estatísticos**. Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/Dados-estatisticos/?elemento=profissionais&categoria=CD&cro=Todos&municipio=>. Acesso em: maio/2010.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. **Perfil dos Cirurgiões-Dentistas**. CFO. 2003. Disponível em: <http://www.cfo.org.br> Acesso em: jun/2008

CRO. Conselho Regional de Odontologia do Estado de Santa Catarina. **Dados estatísticos**. 2010. Disponível em: http://www.crosc.org.br/index_1024x768.htm. Acesso em: maio. 2010.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Planos de saúde*: nove anos após a Lei 9.656/98. São Paulo: CREMESP/IDEC, 2007.

CHAVES, S.C.L.; SILVA, L.M.V. da. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da BAHIA. 2006. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=372. Acesso em: [agos.2007]

CIA – Central Intelligence Agency. **Publicações sobre dados dos países**. Disponível em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/us.html#Econ>. Acesso em: agosto 2009.

COHN, A. Estado e mercado no Brasil global. *Ser Médico*. N. 2. V. 1. Conselho Regional de Medicina de São Paulo: 1998. p. 12-16.

COHN, A.; DONNANGELO, M.C. Condições do exercício profissional da medicina na área metropolitana de São Paulo. São Paulo: USP. 1982.

CONASS. CONASS Informa n. 175 de 2010. Saúde para o Brasil. Disponível em: portal CONASS. Acesso em: jun. 2010.

CÓRDON, J. A saúde bucal e o mercado de trabalho odontológico. **Saúde em debate**. v. 18, mar/abr, p. 52-64. 1986.

COTTA, R. M. M., COTTA FILHO, J. S., MUNIZ, J. N. e MENDES, F. F. A Crise do SUS e a fuga para o Mercado. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. N.1. V. 3: 1998. p. 94-105.

COVRE, E.; ALVES, S. L. Diferenças entre a Assistência médica e a assistência odontológica. IN: BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Regulação e Saúde: uma abordagem

econômica no contexto regulatório. ANS, Rio de Janeiro: MS, 2002. P. 26-32.

D'ÁVILA, S.; OLIVEIRA, P. A. P. de; LUCAS, R. S. de C. C.; SOUZA, E. A. de. Assistência Odontológica x Plano de Saúde: um Estudo em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Pesquisa Brasileira Odontopediatria Clínica Integral*. N. 3. V. 7. João Pessoa: 2007. P. 259-263.

DAIN, S. **Legislação tributária e assistência médica**. Notas Técnicas, v 2: 1999. P. 116-139 (mimeo),

DONNANGELLO, M. C. F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira. 1975. 174p

DUARTE, M. C. R. A assistência suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho Unimed In: NEGRI, B. GIOVANNI, G. **Radiografia da Saúde**. Campinas, Instituto de Economia – UNICAMP: 2001. p. 363-393

FAVARET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. de. A universalização excludente: reflexões sobre tendências do sistema de saúde. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro. v. 33, n. 2, 1990. p. 257-283

FIGUEIREDO G O, BRITO D T S, BOTAZZO C. Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro. v. 8, n. 3, 2003. p. 753-76.3

FINKLER, M. **Formação ética na graduação em Odontologia**: realidade e desafios. 260 folhas. Tese (Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2009.

FINKLER, M. et al. A relação público privado na Odontologia Brasileira. . Florianópolis, SC, v.2, n.1, jan/jun. 2009.

FRAZÃO, P.; NARVAI. P. C. Sistemas de trabalho em Odontologia: origens, histórias e principais aplicações. In: PEREIRA, A. C. e col. **Tratado de Saúde Coletiva**. Nova Odessa: Napoleão, 2009. p.202-216

FREIDSON, E. 1923. **Renascimento do profissionalismo**: teoria, profecia e política. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998. 280p

FREIDSON, E. **Profissão médica**: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Editora UNESP; Porto Alegre, 2009.

p. 453.

FREITAS, C. H. S. D. M. **Dilemas no exercício profissional da Odontologia**: a autonomia em questão. Revista Interface, Comunicação, Saúde, Educação: Botucatu. n.21. v.11: 2007. p.25-38.

FREITAS, C. H. S. de M. **Dilemas do exercício profissional no trabalho liberal da odontologia**: a autonomia em questão. 160 folhas. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2004.

GAMA, A. M.; REIS, C.; SANTOS, I. S.; BAHIA, L. O espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil. *Revista Saúde em Debate*. N. 60. V. 26: 2002. p. 71-81

GIRARDI, S. N. (coord.) et al. **Rede Hospitalar Filantrópica no Brasil: perfil institucional e ofertas de serviços**. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde/SIS/Ministério da Saúde. Relatório de Pesquisa, 2001

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 121-137

GLASS, D. Kaiser Permanent and its Competitive Position in the U.S. Marketplace. IL Seminario Internacional June 2-4, 2008. Disponível ANS, 2009

GRISOTTI, M.; PATRÍCIO, Z. M. **A saúde coletiva entre discursos e práticas**: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde. Florianópolis: Editora UFSC, 2006

IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios**: Acesso e utilização dos serviços de saúde 2003. Rio de Janeiro: Ministério da saúde, 2005

INBRAPE, Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-Econômica. Perfil dos cirurgiões-dentistas no Brasil. 2003. Disponível em: www.cfo.org.br Acesso em: maio 2007

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. IDEC. *Planos de Saúde*: nove anos após a Lei 9.656/96. São Paulo: CREMESP/IDEC, 2007.

INDEX MUNDI. Disponível em:
http://www.indexmundi.com/pt/franca/populacao_perfil.html. Acesso
 em: agosto 2009

IYDA, M. Saúde Bucal: uma prática social. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. **Ciências Sociais e Saúde Bucal: questões e perspectivas**. São Paulo: Edusc-Unesp, 1998. p. 127-139.

JORGE, A. de O. et al. O percurso metodológico. IN: Brasil. ANS. **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais em saúde suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. p. 23-35.

JUNQUEIRA, C. R. et al. Considerações sobre o mercado de trabalho em odontologia. *Revista Paulista de Odontologia*. N. 4. V. 2, 2005. p.24-27.

LIMA, C.R.M. *Informação e regulação da assistência suplementar à saúde*. Rio de Janeiro: E–Papers Serviços Editoriais, 2005.

LIMA, C. R. M. *A regulação e a fiscalização do consumo de saúde suplementar no Brasil*. Disponível em:
 <http://www.ans.gov.br/porta/site/biblioteca/trabalhos_tecnicos_05.asp>. Acesso em: mar. 2007.

MACHADO, M. H. (coord). **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 244p

MACHADO, M. H. (org). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995. 226p.

MACHADO, M. H.; BELISÁRIO, S. A. Os médicos e o mercado de trabalho. In: CANESQUI, A. M. (org.) **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec. 2000. p.99-110

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Campinas: 2001.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. N. 2. V. 9, 2004. p. 433-444.

MANFREDINI, M. A.; BOTAZZO, C. Tendências da indústria de

equipamentos odontológicos no Brasil entre 1990 e 2002: notas prévias. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. N. 11. V. 1, 2006. p.169-177.

MANFREDINI, M. A.; NARVAI, P. C. Saúde bucal e odontologia suplementar. *Jornal Gazeta do Povo*. Coluna Opinião. 17/02/2010. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/opiniaio/conteudo.phtml?tl=1&id=974490&tit=Saude-bucal-e-Odontologia-suplementar-> Acesso em: maio/2010.

MANFREDINI, M. A. Atenção à saúde bucal no Brasil e perspectivas para o setor suplementar de saúde. IN: ANS (BRASIL). **Planos odontológicos: evoluções, desafios e perspectivas para a regulação de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2009. p. 17-29.

MATOS, I.B. Expectativas do exercício profissional de graduados em odontologia. 202 folhas. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: sn, 2005.

MÉDICI, A. C. **O perfil da saúde no Brasil**. Texto para discussão nº 472. Brasília, IPEA, 1997

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo I. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. P. 144.

MENDES, H. J. **A relação entre cirurgiões dentistas e as operadoras de planos de saúde no município de Bauru-SP**. Dissertação (Mestrado em Odontologia) Universidade de São Paulo. 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, 1999.

MINAYO, M.C. S. (org) **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 25ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 108p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E.; ARAÚJO, M. E. de. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Maringá: Dental Press, 2010. 96p

MOYSÉS, S. J. **Cooperativismo odontológico**: uma face do mercado de trabalho do cirurgião-dentista. 165 folhas. Dissertação (Mestrado em

Odontologia Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, 1989.

NARVAI, P.C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos, 2002. 120p.

NARVAI, P.C. Recursos humanos para a promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. IN: ARAÚJO, M.E. de; JUNQUEIRA, S.N. *Odontologia em saúde coletiva: manual do aluno*. São Paulo: USP, 2007. p. 115-134..

NOGUEIRA, R.P. **A dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil: 1970-1983**. 56 folhas. Monografia do GAP. Brasília:OPAS, 1986.

NORONHA, J. C. de. **Reforma de Saúde nos Estados Unidos**. Centro de Estudos ENSP. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/aud_609417821.wma. Acesso em: maio/2010.

NUNES, E. D. **Sobre sociologia da saúde**: origens e desenvolvimento. São Paulo: Hucitec, 2007. P. 239.

OCKÉ-REIS, C. O. Os desafios da ANS frente a concentração dos planos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n. 4, p. 1041-1050, 2007.

O GLOBO, JORNAL. **O que muda com a reforma da saúde nos Estados Unidos**. BBC Brasil online. Disponível em: [HTTP://oglobo.globo.com/mundo/mat/2010/03/22/o-que-muda-com-reforma-da-saude-eua-916145640.asp](http://oglobo.globo.com/mundo/mat/2010/03/22/o-que-muda-com-reforma-da-saude-eua-916145640.asp) Acesso em: 26/03/2010

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde nas Américas 2007**. Volume I – Regional. Washington/DC: OMS, 2007. (Publicação Científica e Técnica, 622).

PEREIRA, C. **O marco regulatório no setor saúde suplementar: contextualização e perspectivas**. Formulação de políticas para o setor de saúde suplementar no Brasil. Disponível em: www.ans.gov.br/porta/site/biblioteca/biblioteca.asp. Acesso em: mar. 2007

PEREIRA, A. C. e cols. **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa: Napoleão, 2009. 704p.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L. do; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Revista Physis*. N. 4. V. 18, 2008, p. 767-783. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400009

PIETROBON, L.; SILVA, C. M.; BATISTA, L. R. V.; CAETANO, J. C. Planos de assistência à saúde: interfaces entre o público e o privado no setor odontológico. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. N. 5. V. 13, 2008. p.1589-1599.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal**: Odontologia Social e Preventiva. São Paulo: Santos, 1992.

PINTO, V.G. *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Santos, 2000. 541p.

PONTE, C. F. Médicos, psicanalistas e loucos: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil. 205 folhas. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ. Disponível em: <http://www.itajai.sc.gov.br/index.php>. Acesso em : abril/2008.

REIBNITZ JÚNIOR, C. A saúde bucal no paradigma da promoção de saúde: o campo conceitual de alunos dos cursos de Odontologia de Santa Catarina. 156 folhas. Tese (Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva) Florianópolis (SC): UFSC/Programa de Pós-Graduação em Odontologia, 2008.

RING, M.E. **História ilustrada da Odontologia**. São Paulo: Manole Ltda, 1998. 318p.

RODRIGUES, R.C.M. A Odontologia suplementar no Distrito Federal. 216 folhas. Dissertação (mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília. Brasília, DF. 2002.

RODRIGUES, P. H.; SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania**: uma visão histórica comparada do SUS. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. 165p

ROSENTHAL, E. História da Odontologia no Brasil. **Jornal APCD**, 1995. Disponível em:

<<http://www.geocities.com/odontoufpr/historia.html>>. Acesso em: 10

jun. 2007.

RONCALLI, A.G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, 2006.

SALAZAR, A. L.; RODRIGUES, K.; NUNES JÚNIOR, V. S. Assistência privada à saúde: regulamentação, posição do IDEC e reflexos no sistema público. IN: Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**, v.1. 2003.

SANTOS, F. P. dos. A Lei 9.656: seus avanços e desafios. IN:CECHIN, J. **A história e os desafios da saúde suplementar**: 10 anos de regulação. São Paulo: Letras & Lucros, 2008. p. 271-279.

SCAFF, A. **Regulação em saúde suplementar e os modelos de atenção à saúde**. Encontro ANS–Operadoras. Florianópolis. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em: mai. 2007.

SCHEFFER, M. **Os planos de saúde nos tribunais**: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação das coberturas assistenciais no Estado de São Paulo. 212 folhas. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

SECCO, L.G.; PEREIRA, M.L.T. A profissionalização docente e os desafios político-estruturais dos formadores em Odontologia. **Rev. ABENO**, Brasília, v.4, n.1, p.22-28, 2005.

SEKULIC, E. et al. O processo de credenciamento e a qualidade da atenção ao usuário em planos de saúde odontológicos: impactos na profissão odontológica e na atenção à saúde do usuário. *Revista Odontologia*. UNICID. N. 3. V.15, 2003. p. 213-219.

SERRA, M. C. et al. Participação de cirurgões-dentistas em empresas de odontologia de grupo. *Rev. ABO Nac.* n. 2. V.8, 2000. p.80-85.

SILVA, A. A. da. **Relação Entre Operadoras de Planos De Saúde e Prestadores de Serviços** – Um Novo Relacionamento Estratégico. Porto Alegre. 2003. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/biblioteca_topico_17704.asp Acesso em: jan. 2007

SILVEIRA, J. L. G. C.; OLIVEIRA, V. Experiências e expectativas dos cirurgões-dentistas com os planos odontológicos. *Pesquisa Brasileira Odontopediatria Clínica Integral*. N. 1. V.2, 2002. p.30-34.

VIANA, A. L. D. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médio**. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2000. p.113-133.

VIEIRA, C. **Estratégia profissional e mimetismo empresarial**: os planos de saúde odontológicos no Brasil. 83 folhas. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Saúde) ENSP. Rio de Janeiro, 2007.

VIEIRA, C.; COSTA, N. do R. Estratégia profissional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. N. 5. V. 13, 2008. P. 1579-1588.

WDSO, S. A saúde na França. 47p.. Monografia. (Especialização em Saúde Pública). Universidade da Região da Campanha – URCAMP. Bagé. 2009. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/17014385/A-saude-na-franca>. Acesso: agosto 2009

ZANETTI, C. H. G. A crise da odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação curativo de massa. *Revista Ação Coletiva*. N. 3. V. 2 , 1999. p. 11-24.

ZERO HORA, JORNAL. **Obama apela ao Congresso para que aprove reforma do sistema de saúde**. RBS online. Disponível em: <http://www.clicrbs.com.br/zerohora/jsp/default.jsp?uf=2&local=18§ion=Mundo&newsID=a2648403.xml> Acesso em: 15/09/2009.

APÊNDICES

Apêndice A

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA CIRURGIÃO-DENTISTA

Pietrobon, L. 2007.

1. Fale-me um pouco sobre sua trajetória profissional. Tempo de formação, idade, local.
2. Por que escolheu a Odontologia como profissão? Qual a profissão dos seus pais?
3. Tem algum curso de aperfeiçoamento ou especialização?
4. Fale-me sobre sua semana típica de trabalho (incluindo a prática pública, consultório particular e convênios).
5. Como você faz o atendimento dos pacientes dos planos de saúde? E do consultório particular? O dia de atendimento é o mesmo? Como o agendamento é realizado?
6. Você se sente satisfeito/contente na relação com a operadora de plano de saúde?
7. Qual foi o motivo que o levou a escolher essa operadora de plano de saúde?
8. Existem exigências mínimas por parte da operadora de planos de saúde?
9. Qual (is) o motivo que o levou a adotar a modalidade de plano de saúde na sua prática odontológica?
10. Para finalizar, gostaria de ouvir sobre sua opinião sobre sua prática pública. Em que ela difere da prática privada? Dificuldades e facilidades.

Apêndice B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Louise Pietrobon e estou desenvolvendo a pesquisa “Planos de saúde: uma análise das relações entre as operadoras, prestadores de serviço e beneficiários sob a visão do cirurgião-dentista” com o objetivo de compreender como o tipo de prestação de serviço interfere na prática clínica do cirurgião dentista. Este estudo é importante para que se conheça a prática clínica do cirurgião-dentista e como este vê as relações existentes entre as operadoras de planos de saúde odontológicos, os prestadores de serviço e os beneficiários desses planos. Será realizada uma entrevista, a qual será gravada. Esta entrevista não traz riscos para você.

Esperamos que se possa contribuir para a compreensão da prática clínica do cirurgião-dentista e, também, para o aprimoramento das relações entre as operadoras, os prestadores de serviço e os beneficiários dos planos de saúde odontológicos. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais participar do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone 9 XX 47 3366-5589. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações obtidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho.

Pesquisadora principal: Louise Pietrobon (CRO – SC 8442 is)

Pesquisador responsável: Prof. João Carlos Caetano, Dr.

Co-orientadora: Profa. Dra. Marta Lenise do Prado

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “Planos de saúde: uma análise das relações entre as operadoras, prestadores de serviço sob o ponto de vista do cirurgião-dentista” e concordo com minha participação.

Florianópolis, ____/____/____.

Assinatura: _____ RG: _____

Prof. Dr. João Carlos Caetano Prof^a. Dr^a Marta Lenise do Prado
(Pesquisador Responsável/Orientador) (Co-orientadora)

Louise Pietrobon
(Pesquisadora Principal/Orientada)

ANEXOS

Anexo A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 365/07**

I – Identificação:

- Título do Projeto: **Planos de saúde: uma análise das relações entre a operadoras, prestadoras de serviço sob o ponto de vista do cirurgião-dentista**
- Pesquisador Responsável: Prof. Dr. João Carlos Caetano
- Pesquisador Principal: Louise Pietrobon
- Data Coleta dados: Início: após aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos
Término: julho ou agosto de 2008

- Local onde a pesquisa será conduzida: Hospital, Comunidade e Outros

II - Objetivos:

Compreender como o tipo de prestação de serviço interfere na prática clínica do cirurgião-dentista; identificar a motivação do cirurgião-dentista para atuar em planos de saúde odontológicos; identificar as dificuldades e/ou facilidades do uso de planos odontológicos na prática do consultório, e analisar as relações existentes entre as operadoras, os prestadores de serviço e os beneficiários sob o ponto de vista do cirurgião-dentista.

III- Comentário.

Trata-se de projeto devidamente documentado. O tema é relevante. Os planos odontológicos constituem uma realidade. O odontólogo pensa nas supostas vantagens dos planos de saúde, consistentes no aumento dos seus rendimentos e ter um fluxo maior de pacientes. Apesar dos avanços e conquistas, há muitas lacunas de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso aos serviços de saúde. Há um plano para obtenção do consentimento livre e esclarecido bem elaborado.

IV – Parecer final:

Ante o exposto, somos pela aprovação do projeto em análise.

Aprovado

Data da Reunião 17 de dezembro de 2007.

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador em Exercício da Comissão
de Ética Pesquisa - PRPe/UFSC.

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.